COUR DES COMPTES

LA SÉCURITÉ SOCIALE

SEPTEMBRE 2000

LA SECURITE SOCIALE

INTRODUCTION

"Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Ce rapport présente, en outre, une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Ce rapport est remis au Parlement sitôt son arrêt par la Cour des comptes. Les réponses faites aux observations de la Cour des comptes sont jointes au rapport " (article LO 132-3 du code des juridictions financières).

Le présent rapport répond à cette obligation législative : c'est le troisième à s'inscrire dans ce cadre, même si la Cour avait diffusé, auparavant, suite à la loi du 25 juillet 1994, trois rapports sur la sécurité sociale qui avaient déjà des objectifs voisins. Le rapport a pour ambition, comme ses prédécesseurs, d' "apporter au Parlement des informations et analyses propres à éclairer les débats sur la sécurité sociale et de formuler des recommandations destinées à l'administration et aux organismes de sécurité sociale".

Il comprend quatre parties :

- la première partie examine, de façon approfondie, l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et les comptes de la sécurité sociale pour cette même année ; les ressources, les dépenses, les soldes et leur financement en forment la matière ;

- la deuxième partie étudie un thème majeur, qui cette année, a trait, en raison de l'article 1 de la loi de financement et de son rapport annexé sur les "orientations de la politique de santé et de sécurité sociale", à l'articulation entre la politique de santé et l'assurance maladie ; les conditions d'expression des besoins de santé et de leur prise en compte, tant au niveau national que régional, les conséquences de la création des agences de veille et sécurité sanitaire sur la politique de santé, l'analyse de celle-ci au travers d'une pathologie particulière, le cancer, enfin le bilan de la politique conventionnelle conduite par l'assurance maladie avec les professionnels de santé, en sont les sujets principaux.

- la troisième partie est, comme l'an dernier, consacrée à la gestion des organismes et à celle des régimes ; mais, cette année, un premier chapitre est consacré à un sujet déjà important et qui le sera encore davantage dans l'avenir : le droit européen de la sécurité sociale ; puis, sous la rubrique gestion des organismes, la Cour fait le bilan de nouvelles modalités de gestion (les conventions d'objectifs et de gestion, la gestion des agents de direction) et étudie la relation des branches famille et vieillesse du régime général avec les usagers et les systèmes d'information qui la permettent ; illustrant la gestion des risques, un chapitre traite des avantages familiaux et conjugaux en matière de retraite ;

- enfin, la quatrième partie fait la synthèse de l'activité des comités départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (CODEC), et des enseignements de leurs contrôles.

Au seuil du rapport, en préambule, figurent deux développements :

- d'abord, un bref rappel des principales caractéristiques de l'organisation de la sécurité sociale, particulièrement complexe, où l'on explicite en particulier les différences de champ entre la sécurité sociale et la loi de financement, puisque cette dernière ne couvre pas toute la sécurité sociale ;

- puis, un examen des suites qui ont été données à cinq recommandations que la Cour a émises ces dernières années. Les cinq sujets - sur la gestion du risque par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la distribution des médicaments, la nomenclature des actes professionnels, les dispositifs médicaux remboursés au tarif interministériel des prestations sanitaires, la carte du système électronique de l'assurance maladie (carte SESAM Vitale)

- ont été choisis en raison de leur relation avec le thème majeur du rapport.

Comme la loi organique le demande, et comme les procédures de la Cour le commandent, les administrations et les organismes de sécurité sociale, qui ont été associés à la préparation du rapport, ont reçu communication des observations et propositions les concernant. Leurs réponses sont publiées en fin de rapport. Les autorités et organismes qui ne relèvent pas du contrôle de la Cour, parmi lesquels des entreprises privées et des syndicats professionnels, ont également pu faire valoir leur point de vue sur les remarques et commentaires les concernant.

RAPPEL DES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE L'ORGANISATION DE LA SECURITE SOCIALE

Le terme de sécurité sociale recouvre, dans son acception la plus large, un ensemble de prestations servies aux personnes, et financées majoritairement par des cotisations. Ces prestations sont destinées à faire face aux aléas ou aux charges de la vie : famille, maladie, accidents du travail, vieillesse.

En France, trois "étages" peuvent être distingués :

- les prestations/cotisations de "base", qui sont obligatoires ;

- des prestations/cotisations "complémentaires obligatoires" qui interviennent en particulier dans le domaine de la vieillesse (ce sont par exemple les retraites complémentaires qui viennent en complément des retraites de base) ;

- des prestations/cotisations "complémentaires facultatives" ou "supplémentaires" ; chaque personne est libre de choisir de bénéficier de ces prestations et donc de cotiser pour, ou non : ce sont en majeure partie les remboursements des mutuelles ou des assurances qui, dans le cas de la maladie, complètent ceux de base de la sécurité sociale, ou encore les contrats d'assurance que l'on peut souscrire, et qui pourront compléter la retraite.

La loi de financement de la sécurité sociale ne couvre que les prestations/cotisations de base, et cette brève présentation ne portera donc que sur les deux premiers étages : l'étage de base et, pour le situer, l'étage "complémentaire obligatoire".

Les **prestations** de base et complémentaires obligatoires sont servies par des régimes. Les régimes diffèrent non seulement en raison de la nature de la prestation servie, mais aussi en raison de la nature de l'activité professionnelle du bénéficiaire. Le plus important des régimes de sécurité sociale, par le nombre de bénéficiaires, est de très loin le **régime général**. Il a été mis en place par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945. Il concerne aujourd'hui (plus précisément en 1998) environ 22 602 000 actifs cotisants.

Le système de sécurité sociale couvre aujourd'hui presque toute la population. Mais cette généralisation de la couverture sociale s'est faite en juxtaposant des régimes multiples, distincts et non par la mise en place d'un régime unique pourtant souhaité, en 1945, par les fondateurs du régime général.). Les différentes catégories de salariés (du privé, des fonctions publiques, de telle ou telle entreprise publique, etc…) et les indépendants (artisans, commerçants, exploitants agricoles, membres d'une profession libérale) ont, en effet, leur propre régime. La plupart des régimes sont constitués sous forme de caisses nationales et locales autonomes au sein desquelles siègent des représentants des cotisants (salariés et employeurs, ou indépendants).

La réforme opérée par la loi constitutionnelle du 22 février 1996 a eu pour objectif de donner au Parlement les moyens d'exercer un contrôle. Désormais, chaque année le Parlement détermine les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale en votant des objectifs de dépenses et des prévisions de recettes. Ni ces objectifs de dépenses ni ces prévisions de recettes ne portent, cependant, sur la totalité de la sécurité sociale.

Le schéma ci-joint, accompagné du présent texte est destiné, tout en montrant la complexité, à éclairer les concepts, les différences de champ et l'organisation de la sécurité sociale[1].

Les prestations

Le code de la sécurité sociale distingue les assurances ou la **branche** (même si ce mot n'est pas parfaitement défini) « maladie, maternité, invalidité, décès », l'assurance ou la **branche** « accidents du travail et maladies professionnelles», l'assurance ou la **branche** « vieillesse » et les prestations familiales ou la **branche** famille. Ce sont les quatre **risques** que couvrent la plupart des régimes : la maladie (coûts des soins et perte de revenu), les coûts liés à l'entretien des

enfants, la retraite (perte définitive du revenu), les accidents du travail et les maladies professionnelles. Plus précisément :

- Les prestations familiales constituent un revenu de complément versé en compensation des charges supportées pour élever des enfants.

- L'assurance « maladie, maternité, invalidité, décès » comporte des **prestations en « nature »**[2] qui représentent le remboursement de tout ou partie des dépenses de soins (consultation chez un médecin, achat de médicaments, frais d'analyses, séjour à l'hôpital…), et parfois des **prestations en « espèces »**, qui compensent une partie de la perte de salaire en cas d'arrêt d'activité (indemnités journalières versées pendant une maternité, une maladie, attribution d'une pension en cas d'invalidité).

- L'assurance « accidents du travail et maladies professionnelles » comporte le remboursement des soins et souvent l'attribution d'indemnités journalières et de rentes d'accident du travail.

- L'assurance vieillesse comporte l'attribution d'une retraite aux personnes (pension de droit direct) ou conjoints de personnes décédées (pension de réversion), lorsque ces personnes ont exercé une activité professionnelle pendant une durée déterminée.

L'organisation du versement des prestations

Les régimes de sécurité sociale peuvent être classés en quatre grands groupes :

- le régime général des travailleurs salariés non agricoles : travailleurs de l'industrie, du commerce et du secteur des services ;

- les régimes spéciaux : fonctionnaires de l'Etat, fonctionnaires des collectivités locales et des hôpitaux, militaires de carrière, salariés des mines, agents des industries électriques et gazières, agents de la SNCF, marins…

- les régimes des travailleurs non salariés, non agricoles : industriels et commerçants, artisans, membres des professions libérales, avocats…

- le régime des exploitants agricoles, qui gère également les prestations des salariés agricoles.

A. Le régime général : L'organisation administrative du **régime général** de la sécurité sociale repose, s'agissant des prestations, sur trois réseaux, chacun constitué d'une caisse nationale – respectivement la **caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés** (CNAMTS), la **caisse nationale d'allocations familiales** (CNAF), la **caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés** (CNAV) - et de caisses régionales ou locales. Le premier réseau gère les deux branches maladie et accidents du travail, le second gère la famille, le troisième la retraite.

Sur le plan local, les **caisses régionales d'assurance maladie** (CRAM) sont chargées de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, de l'application des règles de tarification et de la fixation des taux de cotisation d'accidents du travail. Ce sont également elles qui, en dépit de leur nom, versent les prestations de vieillesse. Les **caisses primaires d'assurance maladie** (CPAM**)**, elles, immatriculent les assurés, assurent les prestations des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail, gèrent le risque avec le service médical et exercent une action sanitaire et sociale. Les **caisses d'allocations familiales** (CAF) sont chargées de servir les prestations familiales et certaines prestations sociales (y compris des prestations ne faisant pas partie des prestations de sécurité sociale : par exemple le RMI). Toutes ces caisses sont pourvues d'un conseil d'administration.

B. Les régimes spéciaux : Les organismes chargés d'assurer la gestion des régimes spéciaux sont tantôt, et pour une partie des risques, les caisses du régime général, tantôt des caisses de caractère mutualiste, des établissements publics ou des services dotés ou non de l'autonomie administrative et financière.

Pour illustrer la diversité et la complexité des régimes spéciaux, sont présentés ci-après deux exemples, le régime des fonctionnaires de l'Etat et celui de la SNCF.

Le régime de sécurité sociale des fonctionnaires de l'Etat. Pour les agents titulaires de l'Etat, c'est l'administration qui,

en sa qualité d'employeur, assure une grande partie des risques[3]. Ainsi, c'est l'Etat qui assure directement le service des prestations en espèce (mais dans le cas des prestations familiales, elles apparaissent au compte financier de la branche famille du régime général). Il en est de même pour les pensions de vieillesse qui sont payées directement par l'Etat (le régime est d'ailleurs sans personnalité juridique et financière ; aussi la Cour a-t-elle demandé qu'il y ait au moins une individualisation comptable des cotisations et des prestations). Quant aux remboursements des frais de maladie, ce sont les mutuelles (mutuelle de la fonction publique, MGEN, MGPTT,…) qui l'assurent par délégation du régime général (ce dernier les remboursant forfaitairement des frais de fonctionnement occasionnés par cette gestion).

Le régime de sécurité sociale à la SNCF. A la SNCF, il existe une caisse de prévoyance autonome pour les prestations en nature des assurances maladie et maternité, un service des retraites et une organisation médicale comprenant des médecins rémunérés par la SNCF pour dispenser les soins aux assurés. Les risques accidents du travail sont, eux, directement pris en charge par la SNCF.

Sur le schéma joint, la prestation versée par l'employeur n'apparaît pas dans les comptes de la sécurité sociale, ni dans les éléments couverts par la loi de financement lorsqu'elle est couverte par des hachures, elle y figure dans le cas contraire.

C. Les régimes des travailleurs non salariés, non agricoles : Le régime d'assurance maladie des artisans, commerçants et membres des professions libérales comporte trois niveaux : la **caisse nationale d'assurance maladie et de maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles** (CANAM), des caisses mutuelles régionales (CMR) et des **organismes conventionnés** (OC). Les caisses mutuelles régionales procèdent à l'immatriculation des assurés, déterminent le montant de leurs cotisations, assurent une action sanitaire et sociale et contrôlent les organismes conventionnés. Les organismes conventionnés (sociétés d'assurance ou mutuelles) assurent l'encaissement des cotisations, et le service des prestations.

Dans le régime d'assurance vieillesse des artisans et des commerçants il existe une caisse nationale - la **caisse nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale** (CANCAVA) pour les artisans, et la **caisse de compensation de l'organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce** (ORGANIC) pour les commerçants - et des caisses de base. Dans le régime des professions libérales, chaque profession a tenu à conserver une caisse autonome dite « section professionnelle », dont la coordination est assurée par la **caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales** (CNAVPL). Pour les avocats, une caisse nationale des barreaux français assure les risques vieillesse et accidents du travail.

D. Le régime des exploitants agricoles : Les **caisses départementales ou pluri-départementales de mutualité sociale agricole** gèrent les assurances sociales et l'assurance accidents du travail des salariés agricoles, l'assurance vieillesse des exploitants agricoles, ainsi que les prestations familiales des exploitants et des salariés agricoles. La **caisse centrale de la mutualité sociale agricole** (CCMSA) constitue l'échelon central de ce régime. Elle a pour missions, en plus de sa fonction de gestion du risque, de coordonner, de conseiller et d'assister les caisses départementales ou pluri-départementales.

Si la couverture des salariés agricoles est intégrée financièrement au régime général, l'ensemble des dépenses et des recettes du régime des non-salariés agricoles, à l'exception de l'assurance contre les accidents du travail, est retracé dans le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA). Ce budget annexe figure à la fois dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et dans le projet de loi de finances de l'Etat.

Le financement

Les ressources de la sécurité sociale sont constituées des cotisations sociales, d'impôts et de contributions, et de transferts en provenance de l'Etat. Le **recouvrement** de ces ressources est effectué soit directement par certaines caisses évoquées à l'instant (par exemple les caisses locales de la CANAM pour les cotisations sociales d'assurance maladie des non salariés, non agricoles) soit, surtout, par la cinquième branche du régime général, constituée des unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Les URSSAF sont chargées du recouvrement des cotisations, y compris certaines cotisations venant des non salariés, et de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement et la CRDS. Les autres ressources de la sécurité sociale sont soit des impôts et des contributions, soit des transferts en provenance de l'Etat.

L'ACOSS gère la trésorerie du régime général en centralisant dans un compte unique ouvert à la caisse des dépôts et

consignations les cotisations et contributions sociales recouvrées, et met à la disposition des caisses locales les fonds nécessaires pour payer les prestations. Par ailleurs, ont été mis en place des organismes spécifiques chargés de concourir au financement de la sécurité sociale. Deux d'entre eux participent au financement des régimes de base. Il s'agit du fonds solidarité vieillesse (FSV), qui prend en charge le remboursement des avantages non contributifs en matière d'assurance vieillesse de base et du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (FOREC), dont les versements compenseront le coût des allégements de cotisations sociales employeurs liés, notamment, à la réduction du temps de travail. Cette organisation du financement ne figure pas dans le schéma ci-joint.

Couverture de « base » et couverture « complémentaire obligatoire » du risque vieillesse

En matière de vieillesse, les retraités du régime général et parfois les anciens indépendants reçoivent deux pensions : celle versée par le régime de base et celle **complémentaire** (qui résulte de cotisations **obligatoires** durant leur vie professionnelle passée) versée pour les salariés par l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARCCO), pour les cadres par l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) et pour les indépendants par leurs régimes (CANCAVA notamment). ARCCO et AGIRC ne font pas partie de la sécurité sociale, tout en étant juridiquement obligatoires. Dans les autres régimes de salariés (fonctionnaires, entreprises publiques…) l'ensemble de la pension relève du seul régime de base.

En dépit de leur caractère obligatoire, les retraites complémentaires de l'ARCCO et de l'AGIRC, comme les retraites complémentaires obligatoires des non salariés ne font pas partie du champ de la loi de financement de la sécurité sociale[4] : elles ne font donc partie ni des recettes prévues, ni des objectifs de dépenses votés par le Parlement (cela représente à peu près 267 MdF, à rapprocher des 1 800 MdF environ que vote le Parlement). Cette différence crée une profonde hétérogénéité entre le régime général et les régimes d'indépendants d'une part, et les autres régimes de salariés d'autre part.

Champ de la sécurité sociale et champ de la loi de financement

Le schéma ci-joint montre que la loi de financement votée par le Parlement ne couvre pas toute la sécurité sociale, et cela de façon assez disparate. Du côté des recettes, seules les prévisions de recettes concernant les risques de base sont retracées : elles ne recouvrent pas, outre le financement des retraites complémentaires obligatoires évoqué à l'instant, les indemnités journalières des employeurs publics. Du côté des dépenses, seuls les objectifs de dépenses des régimes d'au moins
20 000 cotisants ou ayants droit sont énoncés[5].

Les petits régimes (moins de 20 000 personnes) dont les dépenses ne sont pas prévues sont aussi divers que celui de la Comédie française, des assemblées parlementaires, de la chambre de commerce et d'industrie de Paris, de la SEITA, des nombreux régimes de retraite propres aux collectivités locales d'Alsace-Moselle, etc. Leurs dépenses représentent de l'ordre de 3 MdF (2,4 MdF de retraites et 0,5 MdF de maladie).

	COUVERTURE OBLIGATOIRE DE BASE					Couverture complém. obligatoire	
	Famille	Maladie/Maternité	Invalidité	Accidents du travail	Vieillesse	Vieillesse	Actifs cotisants en 19

									98
		Indemnités journalières	Prestations	Décès	Prestations	Indemnités journalières			(en milliers)
Salariés du privé									
Salariés du privés	Régime général							ARRCO/ AGIRC	**22 602**
	CNAF	CNAMTS					CNAV		
Fonctionnaires civils et militaires									
Fonctionnaires de l'Etat	CNAF	Employeur	Régime général		Employeur	Employeur	Employeur		2 372
Militaires									
			CNMSS	Régime général					325
Ouvriers de l'Etat							**FSPOEIE**		73
Fonctionnaires des collectivités locales et des hôpitaux	CNAF		Régime général		**Employeur/ATIACL**		**CNRACL**		1573
Salariés relevant d'autres régimes spéciaux									
Mines	CNAF	**CA NSSM**						UNIRS/ AGIRC	24
EGF	CNAF	Employeur	Régime général			Employeur	**EGF**		148
SNCF			**C. Prév. SNCF**		Employeur		**C. retraite SNCF**		175
RATP			**Régime RATP**		**Régime RATP**		**Régime RATP**		40
Marins	CNAF	**ENIM**							34
Clercs et employés de notaires		**CRPCEN**			Régime général		**CRPCEN**		37

Banque de France		Employeur	CPM-BDF		CCE-BDF		CRE-BDF		16
Régimes de salariés comprenant moins de 20 000 cotisants ou ayants droit									
	CNAF	Régimes spécifiques							
Non salariés – Non agricoles									
Industriels et commerçants	CNAF		CANAM				ORGANIC	ORGA-NIC[1]	607 [2]
Artisans		CANAM [3]	CANAM	CANCAVA		CANAM	CANCAVA	CANCAVA	4812
Professions libérales				CANAM			CNAVPL	CNAVPL[4]	4052
Avocats				CNBF			CNBF	CNBF	32
Agricoles : salariés et exploitants agricoles									
Exploitants agricoles	CNAF		MSA/ BAPSA				MSA/ BAPSA		720
Salariés agricoles		MSA							656

Prestations versées par le régime général
Prestations versées par d'autres régimes
Prestations familiales versées par le régime général au régime spécifique, qui les verse à l'assuré
Prestations versées, par délégation du régime général, par les mutuelles de la fonction publique
Prestations versées par l'employeur
Retraites complémentaires obligatoires
Non compris dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale

L'absence de couleur signifie l'absence de prestation ou de couverture du risque

[1] Facultative à l'exception du bâtiment et des travaux publics

[2] Ces actifs cotisants sont tous ceux qui cotisent à leur régime de retraite. Pour la maladie, ils cotisent tous à la CANAM (y compris les retraités), et cela représente 1 675 000 cotisants

[3] Les artisans bénéficient d'indemnités journalières depuis le 1er juillet 1995 (décret n°95-556 du 6 mai 1995)

[4] Retraite complémentaire obligatoire sauf pour les sages-femmes

---

[1] Depuis le premier de ses rapports sur la sécurité sociale (septembre 1996) et chaque année, la Cour s'efforce de

contribuer à préciser ces différents points. Dans le présent rapport, des éclaircissements sont en particulier apportés dans le chapitre IV, infra, p. 143.

[2] Cette expression prestations en « nature », pour usuelle qu'elle soit et figurant dans le code de la sécurité sociale, est inappropriée. Il conviendrait de parler de « remboursement par l'assurance maladie de prestations en nature »

[3] Les agents titulaires des collectivités locales et des hôpitaux publics relèvent pour leur retraite de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Les non titulaires des fonctions publiques relèvent du régime général et, pour leur retraite complémentaire obligatoire, de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales (IRCANTEC).

[4] En revanche, elles font partie des comptes de la sécurité sociale présentés lors de la commission des comptes de la sécurité sociale (cf. à ce sujet le chapitre IV, infra, p. 143).

[5] Dans le cas particulier de l'assurance maladie, la loi contient, en plus de l'objectif de dépenses d'assurance maladie des régimes de plus de 20 000 cotisants ou ayants droit, un objectif d'ensemble, l' « ONDAM » c'est-à-dire l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

LA SECURITE SOCIALE

Sommaire

Première partie
Le financement et les comptes de la sécurité sociale en 1999

L'article LO 132-3 du code des juridictions financières, issu de la loi organique du 22 juillet 1996, donne mission à la Cour des comptes d'établir chaque année "un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale".

La loi de financement pour 1999, votée par le Parlement, porte sur trois aspects : les ressources prévues pour 1999, les objectifs de dépenses retenus, enfin la gestion financière et les résultats (dette, plafonds d'avances de trésorerie). Cependant, la Constitution spécifie que "les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre (…)" et non son équilibre lui-même ; d'ailleurs les prévisions de recettes d'une part, les objectifs de dépenses de l'autre ne sont pas relatifs au même "champ". C'est pourquoi il est plus expédient d'examiner l'application de la loi en trois étapes successives : les articles traitant des ressources, ceux traitant des dépenses, enfin ceux traitant de la dette et de la trésorerie. Pour chaque article étudié, la Cour a analysé les conditions de mise en œuvre des dispositions figurant dans l'article (délais, textes d'application, difficultés éventuelles), et leur incidence financière.

Comme la loi organique a également demandé que le rapport de la Cour "présente, en outre, une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle (…)", la Cour a choisi à nouveau, comme l'an dernier, de présenter de manière intégrée l'application de la loi et les comptes de la sécurité sociale. Chacun des trois premiers chapitres de cette partie mêle alors examen des comptes et application des articles de la loi, d'abord sur les ressources (chapitre I), puis sur les dépenses (chapitre II), enfin sur les soldes et leur financement (chapitre III).

Après l'examen des recettes et celui des articles de loi s'y rapportant, le chapitre sur les ressources contient une étude, classique, des relations financières toujours complexes entre l'Etat et la sécurité sociale, puis des analyses sur la qualité du recouvrement des cotisations sociales, analyses issues des contrôles des comités régionaux et départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC/CODEC) : le recouvrement des cotisations des non salariés non agricoles d'une part, celui des cotisations recouvrées par la mutualité sociale agricole de l'autre.

Le chapitre sur les dépenses présente d'abord les évolutions de ces dernières par risque. Suivent deux examens particuliers : celui des indemnités journalières maladie, et celui, fondamental, de la dotation aux établissements (hôpitaux publics, cliniques privées, établissements médico-sociaux) et de sa répartition par région. L'analyse déborde ici sur 2000 en raison de l'importance de certaines décisions prises cette année.

Le troisième chapitre met l'accent sur les soldes -1999 est la première année depuis dix ans où les comptes du régime général sont équilibrés-, puis étudie les transferts entre régimes, incluant une description synthétique des comptes du fonds de solidarité vieillesse (FSV), et notamment de sa seconde section -c'est-à-dire du fonds de réserve- créée par la loi de financement pour 1999.

A l'issue de ces trois chapitres, il convient de s'interroger sur la qualité des informations qui fondent les descriptions et les analyses qu'ils contiennent. C'est l'objet du chapitre IV. Tout le processus qui va des comptes des organismes de sécurité sociale aux agrégats finaux votés, dans la loi, par le Parlement, est d'abord étudié : comment la réforme de la comptabilité en droits constatés est appliquée depuis sa naissance (1996) ; comment, à partir de ces comptes des organismes, la direction de la sécurité sociale élabore les informations comptables nécessaires à la commission des comptes de la sécurité sociale, au Parlement (pour le projet de loi de financement), à la Cour des comptes (pour l'examen de l'application de la loi), au citoyen ; enfin, et en complétant l'analyse que la Cour avait conduite l'an dernier à ce propos, comment un des agrégats les plus importants -l'ONDAM- est élaboré et suivi. Le chapitre s'achève par un diagnostic d'ensemble sur les études dans le domaine de la sécurité sociale : études pour accroître la connaissance et pour aider à la prise de décision. Le dispositif institutionnel, l'état des connaissances et des ignorances, les principales priorités à développer sont analysés et énoncés.

Tant sur le plan des outils comptables que sur celui des études, les progrès des dernières années ont été notables, mais il est de la plus haute importance de les poursuivre. C'est à ce prix (disposer de comptes, d'estimations, d'informations et d'études plus fiables et plus rapidement qu'aujourd'hui) que le Parlement sera mieux informé et que l'examen des lois et comptes des prochaines années sera plus pertinent.

Sommaire

CHAPITRE I

Les ressources de la sécurité sociale en 1999

La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 1998 avait décidé le remplacement quasi intégral de la part salariale des cotisations d'assurance maladie par la CSG. En matière de ressources, la loi de financement pour 1999 ne contient pas de disposition ayant une aussi grande incidence. Après une présentation rapide des recettes de l'ensemble de la sécurité sociale - elles ont augmenté de 4,1 % par rapport à 1998 -, ce chapitre évoque les différents aspects de la loi ayant un impact sur ces recettes.

Le second grand sujet du chapitre concerne les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, du moins en considérant l'Etat sous l'angle de sa fonction "puissance publique" et non comme employeur.

Sont ensuite abordés dans les deux sections finales les problèmes relatifs au recouvrement des cotisations sociales, d'une part des régimes de non salariés non agricoles -la contestation se réduit-, d'autre part de la mutualité sociale agricole.

Section I :
Evolutions d'ensemble

Les recettes de la sécurité sociale ont bénéficié de la conjoncture économique favorable de 1999. En effet, après quelques incertitudes en début d'année, l'année a été, comme 1998, marquée par la croissance. Le PIB a augmenté en volume de 2,9 % après 3,1 % en 1998. Cette croissance soutenue s'est accompagnée d'une forte progression de l'emploi salarié (+360 000 dans le secteur marchand, près de 460 000 au total). En conséquence, la masse des salaires et traitements bruts a progressé de
3,9 % pour l'ensemble de l'économie et de 4,1 % dans les entreprises.

I - Les recettes des régimes de base

Les prévisions de recettes des régimes de base font l'objet de l'article 17 de la loi de financement (LFSS). Les recettes constatées en 1999 s'élèvent à 1807,9 MdF. Elles dépassent de 8,6 MdF les prévisions de la loi de financement.

Si l'on examine les différents types de ressources, les écarts entre prévisions de la loi de financement et réalisations effectives apparaissent extrêmement limités sauf pour les contributions publiques et les impôts et taxes affectés. Pour les contributions publiques, l'écart entre prévisions et réalisations s'explique essentiellement, comme c'était déjà le cas les années antérieures, par la non-inscription en loi de financement de la majoration d'allocation de rentrée scolaire prise en charge par l'Etat pour un montant de 6,4 MdF (sur ce sujet, cf. *infra*). Quant aux impôts et taxes affectés, le surcroît de recettes est dû à un rendement supérieur à la prévision de la CSG sur les revenus du capital. Pour ce qui est des cotisations effectives, si leur montant est tout à fait conforme aux prévisions de la loi de financement initiale, par contre, ce montant est inférieur aux prévisions réalisées en septembre 1999 (à l'occasion de la présentation du PLFSS pour l'année 2000) : près de 4 MdF de rentrées supplémentaires avaient alors été prévus (par rapport à la LFSS pour 1999) alors que les cotisations effectives ont en fait été légèrement inférieures à la prévision initiale. Deux facteurs ont pu limiter l'impact sur la croissance des cotisations de la progression de la masse salariale du secteur privé :
l' achèvement en 1999 de la montée en charge de la substitution de la CSG aux cotisations salariales maladie et divers aléas (en particulier la gestion du passage à l'an 2000) qui ont affecté à la baisse les cotisations perçues par l'ACOSS en fin d'année 1999 (voir *infra*).

Les ressources des régimes obligatoires de base. Prévisions et réalisations

(en MdF)

Catégories de recettes	Réalisations LFSS pour 1998 (sept. 1999) (1)	Prévisions LFSS pour 1999 (2)	Prévisions d'exécution (Sept.1999)	Réalisations connues en Juillet 2000 (3)	Réalisations 1999/ réalisations 1998 (3)/(1) (%)	Ecart entre réalisations et loi de financement initiale (3)-(2)
Cotisations effectives	1 042,8	1 062,9	1 066,8	1061,8	+1,8	-1,1
Cotisations fictives	187,1	194,8	195,0	195,9	+4,7	1,1
Contributions publiques	66,6	63,8	69,4	68,5	+2,1	4,7
Impôts et taxes affectés	401,2	438,7	439,7	442,7	+10,3	4,0
Transferts reçus	4,8	5,2	4,9	4,3	-10,4	-0,9
Revenus des capitaux	1,4	1,4	1,6	1,5	+7,1	0,1
Autres ressources	32,5	32,6	33,4	33,3	+2,5	0,7
Total des recettes	1736,4	1 799,5	1 810,9	1 807,9	+4,1	8,6

D'un point de vue économique, il apparaît intéressant de comparer les ressources effectives des régimes obligatoires de base en 1999 à celles perçues durant l'année précédente. La croissance des recettes totales s'est établie à 4,1 % ce qui est supérieur à l'évolution du PIB en valeur (+3,3 %) mais est en ligne avec l'évolution des revenus sur lesquels sont assis les prélèvement opérés au profit de la sécurité sociale (+3,9 % pour les salaires et traitements bruts dans l'ensemble de l'économie et +5,6% pour les intérêts et dividendes nets reçus par les ménages). Il faut par ailleurs noter que les recettes des régimes de sécurité sociale ont progressé moins fortement que les recettes de l'Etat (+7,8 % pour les recettes fiscales nettes et +6,8 % pour les recettes non-fiscales nettes).

Comme cela a été signalé précédemment, les cotisations effectives ont connu une évolution ralentie par rapport à la masse salariale. Par contre, les recettes au titre des impôts et taxes affectées ont crû de plus de 10 % : ces recettes ont donc représenté en 1999 24,5 % des recettes des régimes de sécurité de base contre 23,1 % en 1998 (graphique ci-après). Cette part est croissante depuis le début de la décennie.

II - Les encaissements de l'ACOSS et des URSSAF en 1999

Les recettes du champ de la loi de financement, retracées dans le tableau précédent, sont celles des régimes de base. Elles sont encaissées principalement par l'ACOSS et les URSSAF, mais aussi par les régimes eux-mêmes (non salariés, régimes spéciaux) et par l'Etat. La part prépondérante du réseau du recouvrement (ACOSS et URSSAF) tient au poids du régime général mais aussi au fait que le réseau recouvre pour compte de tiers, notamment au profit du FSV. Parmi ces tiers figurent toutefois des organismes qui ne sont pas des régimes de base (comme la CADES, ou les entreprises bénéficiaires du versement transport), si bien que les encaissements du réseau ne sont pas rigoureusement inclus dans les recettes précédentes : d'une part ils ne comprennent pas toutes les recettes des régimes de base, d'autre part ils comprennent des encaissements qui ne relèvent pas de ces recettes.

Encaissements ACOSS – URSSAF 1 521 MdF

1 365 MdF au profit du régime général		156 MdF au profit d'organismes tiers : – FSV – CADES – Versement transport

Globalement, les encaissements du réseau du recouvrement se sont élevés à 1521,1 MdF en 1999 (montant constaté en trésorerie). Par rapport à l'année précédente, ils augmentent de 5,9 %.

Les encaissements des URSSAF progressent de 4,3 % en 1999, soit à un rythme voisin de celui de la masse salariale des entreprises (estimée à 4,1 %).

Les encaissements directs de l'ACOSS (c'est-à-dire ceux qui ne transitent pas par les URSSAF) augmentent, quant à eux, de 10,8 % en 1999. Cette vive progression reflète le dynamisme de certains impôts et taxes (notamment les impôts recouvrés par les services fiscaux pour la sécurité sociale sur les revenus du capital : CSG et prélèvement de 2 %), une augmentation exceptionnelle des transferts du FSV, mais davantage encore la forte croissance des contributions de l'Etat au régime général, du fait de la prise en charge par le budget de l'allocation de parent isolé (API) et de la forte augmentation du RMI (sur ces prises en charge, cf. *infra*).

Encaissements du réseau du recouvrement

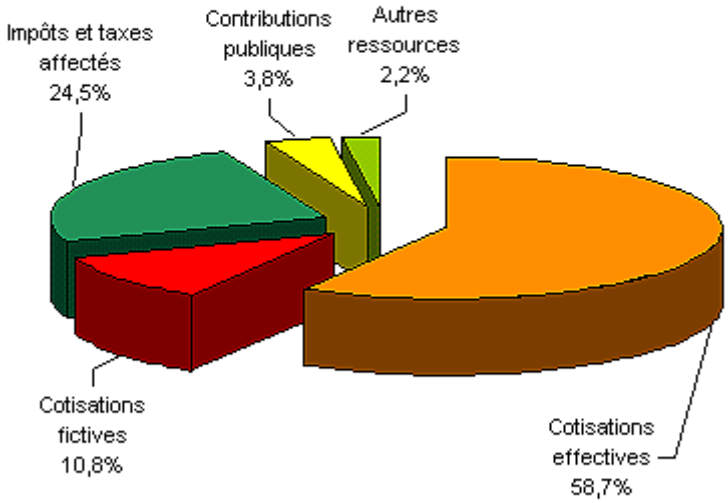
(en MdF et %)

	Montants en 1998	**Montants en 1999**	**Variation (%)**
URSSAF et CGSS	1 081,5	1 128,1	4,3
ACOSS (recouvr. direct) *dont* :	354,7	393,0	10,8
Remboursement de prestations par l'Etat	59,8	78,0	30,4
Transferts du FSV	60,2	65,8	9,4
Impôts et taxes	75,8	84,8	11,9
TOTAL	**1 436,2**	**1 521,1**	**5,9**

Source : ACOSS

Enfin, le montant des recettes bénéficie aussi d'une amélioration du taux de recouvrement du réseau en 1999. Celui-ci atteint 98,90 % contre 98,76 % en 1998. C'est le meilleur niveau des vingt-cinq dernières années. La baisse du taux des restes à recouvrer peut être mise en relation avec la conjoncture économique favorable et la diminution du nombre de défaillances d'entreprises. Il convient de noter l'amélioration du taux des restes à recouvrer de l'URSSAF de Paris qui demeure cependant sensiblement plus élevé que la moyenne nationale (1,58 % contre 1,1 %)[22].

La structure des recettes des régimes obligatoires de base en 1999



Lecture : Les cotisations fictives constituent notamment la contrepartie des prestations versées par certains employeurs, en particulier l'Etat et les entreprises publiques, à leurs agents. Les impôts et taxes affectés comprennent en particulier la CSG. Les contributions publiques recouvrent en particulier des remboursements de certaines prestations (exemple : l'AAH et l'API). Enfin, les cotisations effectives sont celles des employeurs et des salariés.

III - Les ressources des régimes

Après consolidation, les recettes du régime général se sont élevées à
1 293,6 MdF en 1999, en progression de 4,6 % par rapport à l'année précédente.

Les ressources du régime général *(en MdF et en %)*

	Montants		**Variations (%)**	
	1998	**1999 (p)**	**1998**	**1999 (p)**
Recettes métropole	**1 218,9**	**1 275,6**	4,4	3,8
Cotisations	858,0	873,4	-10,2	1,8
dont :				
. Cotisations des assurés et employeurs	791,1	806,5		1,9
. Cotisations prises en charge	66,9	66,9	-8,6	0,1
Impôts et taxes affectés	253,2	284,0	146,6	12,1
dont : CSG	226,7	254,5	169,7	12,3
Contributions de l'Etat	30,8	36,6	-7,4	18,7
Concours du FSV	58,2	63,6	2,3	9,3
Autres transferts reçus	9,8	8,5		-12,8

Autres ressources	8,8	9,4		7,3
Recettes dans les DOM	**17,3**	**18,0**	**2,4**	**4,4**
TOTAL des ressources consolidées	**1 236,2**	**1 293,6**	**4,4**	**4,6**

Trois postes de recettes enregistrent des augmentations importantes en 1999 :

- les impôts et taxes affectés (+12,1 %) du fait de la fin de la montée en charge de la substitution de la CSG aux cotisations salariales maladie au début de 1999 ;

- les contributions de l'Etat (+18,7 %), du fait de la prise en charge par l'Etat de l'allocation de parent isolé (API), pour un montant de 4,5 MdF, en contrepartie du retour à l'universalité des allocations familiales ;

- les concours du FSV, qui incluent en 1999 une régularisation au titre de la validation de périodes de chômage dans les DOM pour la période 1994-1996, ainsi qu'une amélioration de la prise en charge du chômage non indemnisé.

En revanche, les cotisations connaissent une évolution très modérée (voir *infra*). La part des cotisations effectives dans les ressources du régime général est de 62,3 % en 1999 ; elle a sensiblement diminué au cours des dernières années, puisqu'en 1992 cette part était de 86,3 %. La substitution s'est faite au profit de la CSG dont la part atteint 19,7 % en 1999 (contre 4 % en 1992).

A- Les cotisations du régime général

Les cotisations reçues par le régime général (y compris cotisations prises en charge par l'Etat ou des régimes sociaux) se sont élevées à
873,4 MdF en 1999, contre 858,0 MdF en 1998, soit une augmentation de
1,8 %. Les cotisations sur salaires du secteur privé, qui en sont la composante principale, ont quant à elles augmenté de 2,1 % en 1999. Cette progression est nettement inférieure à celle de la masse salariale des entreprises. Plusieurs phénomènes contribuent à cet écart de l'ordre de deux points :

- La faiblesse de la croissance des cotisations traduit d'abord la fin de la montée en charge de la substitution de CSG aux cotisations salariales maladie ; du fait du décalage d'un mois du paiement des cotisations par rapport au versement des salaires, le mois de janvier 1998 enregistrait encore des rentrées de cotisations à un taux plus élevé que l'actuel (celui de la première substitution) ; cet effet de base représente environ 11 MdF, ce qui réduit de 1,5 points le taux d'augmentation des cotisations de 1998 à 1999.

- Des encaissements qui auraient dû normalement intervenir en 1999 ont été reportés sur l'an 2000, en raison de la fermeture de la journée comptable du 31 décembre 1999 (préparation du passage à l'an 2000) ; le montant de ces reports est difficile à évaluer avec précision ; une estimation de l'ACOSS, sans doute minimale, chiffre leur ordre de grandeur à 0,3 % du montant annuel des cotisations.

- D'autres éléments ont eu un impact sur le taux de croissance des cotisations en 1999 : une légère augmentation de la dette de l'Etat vis-à-vis du régime général au titre des remboursements d'exonérations (incidence négative), et en sens inverse l'amélioration du taux de recouvrement des cotisations.

En 1999, les remboursements d'exonérations de cotisations sociales au titre de la politique de l'emploi se sont établis à 59,1 MdF contre 59,9 en 1998. Cette légère baisse porte sur les allégements portant sur les bas salaires (la ristourne dégressive). Ces remboursements connaîtront une forte augmentation en 2000 avec la montée en régime des aides liées à la réduction du temps de travail.

Les cotisations du régime général *(en MdF et en %)*

	Montants	**Variations (%)**

	1997	1998	1999	1998	1999
Cotisations sur salaires du secteur privé	730,2	682,3	696,5	-6,6	2,1
Cotisations sur autres revenus d'activité	129,5	102,3	103,6	-21,0	1,2
Cotisations sur revenus de remplacement	19,3	3,1	2,5	-83,8	-19,1
Autres cotisations	3,3	3,5	3,9	6,1	11,7
TOTAL hors cotisations prises en charge	882,4	791,1	806,5	-10,3	1,9
Cotisations prises en charge par l'Etat ou les régimes sociaux	73,1	66,9	66,9	-8,5	0,1
dont cotisations prises en charge par l'Etat au titre des mesures emploi	65,0	59,9	59,1		

B- Les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale

Les impôts et taxes affectés aux régimes de base de la sécurité sociale et au FSV ont très vivement progressé depuis 1996 passant de 170 MdF en 1996 à 221 MdF en 1997, 401 MdF en 1998 et 443 MdF en 1999. Cette évolution s'explique essentiellement par la montée des impôts affectés à la sécurité sociale, le produit des diverses taxes progressant à un rythme plus modéré : ainsi, en 1999, les impôts affectés (364 MdF) ont augmenté de 12,1% par rapport à l'année précédente contre 2,1% pour les taxes affectées (78 MdF). Ces divergences renvoient soit au dynamisme des différentes assiettes, soit à des modifications dans le champ ou les taux (tabacs, alcools) des différentes taxes ou dans leurs règles d'affectation (pour la cotisation de solidarité sociale des sociétés : C3S).

Les impôts et taxes affectés au régime général sont, pour leur part, passés de 59 MdF en 1996 à 284 MdF en 1999. Ce quasi quintuplement est dû presque intégralement à la CSG dont le montant, pour la partie affectée au régime général, est passé de 44 à 254 MdF sur la même période. Cette évolution s'explique bien entendu par la substitution de CSG aux cotisations salariales maladie en deux étapes en 1997 et 1998.

Impôts et taxes affectés aux régimes de base de la sécurité sociale et au FSV (métropole) *(en MdF)*

	1997	**1998**	**1999**	**1999/1998 (%)**
Ensemble *dont* : régime général	221,0 102,7	401,2 253,2	442,7 284,0	+10,3 +12,2
Impôts affectés	***152,0***	***325,0***	***364,3***	***+12,1***
-CSG	148,0	316,0	353,5	+11,9
-2% sur les revenus des capitaux	4,0	9,0	10,7	+18,9
Taxes affectées	***69,0***	***76,8***	***78,4***	***+2,1***
- taxe sur les alcools	18,7	19,1	18,8	-1,6
- taxe sur les tabacs	2,3	3,9	4,2	+7,7
- taxe auto	5,8	5,7	5,7	-
- C3S-	13,4	16,1	15,6	-3,1

- autres taxes	28,9	32,0	34,1	+6,6

Source : direction de la sécurité sociale.

1. La CSG

En 1999, les recettes de CSG tous régimes s'élèvent, pour la France entière, à 356,5 MdF dont 239,1 MdF pour les régimes d'assurance maladie, 53,8 MdF pour la CNAF et 63,6 MdF pour le FSV.

Rendement de la CSG

(en MdF)

	1997	**1998**	**1999**
CSG maladie* *dont* : affectée à la CNAMTS	40,8 (34,8)	207,3 (179,0)	239,1 (203,7)
CSG affectée à la CNAF (1,1 points)	50,2	50,3	53,8
CSG affectée au FSV (1,3 points)	58,0	60,8	63,6
TOTAL CSG (DOM et métropole)	**149,0**	**318,5**	**356,5**

* Depuis 1998 : 5,1 points sur les revenus du travail et du capital, 3,8 points sur les revenus de remplacement

Un point de CSG famille représente 48,9 MdF, dont 34,3 sur les revenus d'activité, 8,2 sur les revenus de remplacement et 5,4 MdF sur les revenus du capital. Du fait d'une assiette légèrement différente sur les revenus de remplacement, un point de CSG maladie représente 49,1 MdF

La répartition de la CSG maladie au titre de 1999 donnera lieu à une régularisation en 2000 au bénéfice principal de la CNAMTS et au détriment de la CANAM, pour un montant estimé à 3,4 MdF[23]. Cette régularisation sera comptabilisée dans les comptes de l'an 2000 en encaissement/ décaissement. Elle figure déjà dans ceux de 1999 en droits constatés.

Les modalités de répartition de la CSG maladie, qui ont été critiquées par la Cour dans ses précédents rapports sur la sécurité sociale, ont été réformées par la loi de financement pour 2000. Elles sont à présent beaucoup plus simples[24].

2. Les autres impôts et taxes affectés

Impôts et taxes (autres que la CSG) affectés au régime général, C3S affectée aux régimes de non salariés et TVA affectée au BAPSA

	1997	**1998**	**1999**
Régime général	**18,6**	**26,5**	**29,4**
CNAMTS	15,6	17,5	18,7
. Taxe auto	*4,7*	*4,6*	*4,7*
. Taxe sur le tabac	*2,3*	*3,9*	*4,2*
. Taxe sur les alcools	*5,9*	*6,5*	*6,4*
. Taxe sur la publicité pharmaceutique et grossistes	*1,7*	*2,3*	*2,2*
. Contribution de l'industrie pharmaceutique		*0,2*	*1,2*
CNAV *2 % sur les revenus des capitaux*	*3,1*	*4,6*	*5,2*
CNAF *2 % sur les revenus des capitaux*	*0,9*	*4,4*	*5,5*
C3S affectée aux régimes de non-salariés	**13,4**	**16,1**	**15,6**

CANAM CANCAVA ORGANIC BAPSA	3,6 3,9 5,9 0	5,2 4,7 6,2 0	1,8 4,1 6,7 1
TVA affectée au BAPSA	**22,9**	**24,4**	**25,8**

Source : direction de la sécurité sociale

Hors CSG, la plupart des impôts et taxes affectés au régime général connaissent peu de variations de 1998 à 1999, à l'exception :

- du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, affecté pour moitié à la CNAV et à la CNAF, dont la montée en charge se poursuit en 1999 ; son rendement total est de 10,7 MdF en 1999 contre 9 MdF en 1998 et 4 MdF en 1997 ;

- de la contribution de l'industrie pharmaceutique, qui s'élève à 1,2 MdF en 1999.

Toutes les recettes encaissées au titre de la C3S (17,1 MdF en 1999) ne sont pas affectées : 13,6 MdF l'ont été aux régimes de non-salariés, 2 MdF l'ont été au fonds de réserve (2ème section du FSV) suite à une modification des modalités d'affectation de la C3S en 1999 (cf. *infra*), laissant 1,3 MdF en report à nouveau qui s'ajoutent aux excédents des années précédentes.

La TVA affectée au BAPSA a progressé de 5,7 % contre 6,6 % en 1998.

Cette section n' a pas appelé de réponse

---

[22] Le taux de recouvrement est le rapport entre recettes encaissées et recettes constatées comptablement. Il ne dit rien sur le fait de savoir si ces dernières correspondent aux cotisations dues aux termes de la réglementation.

[23] Cette régularisation s'explique ainsi : selon les règles appliquées jusqu'en 1999, la répartition de la CSG maladie se faisait en deux temps, la seconde étape faisant intervenir les déficits comptables des régimes. Les prévisions initiales du solde de la CNAMTS pour 1999, établies à l'automne 1998, supposaient le retour à l'équilibre, ce qui avait exclu la CNAMTS du second niveau de la répartition provisoire de la CSG maladie pour 1999, au bénéfice principal de la CANAM. La CNAMTS ayant finalement conservé un déficit important en 1999, une régularisation interviendra à son profit en 2000, dans la répartition définitive dès que les résultats de tous les régimes seront connus pour l'année 1999.

[24] Les montants annuels de CSG attribués aux régimes d'assurance maladie autres que la CNAMTS sont désormais établis de manière définitive au début de chaque année. La base de ces montants a été calculée à partir des pertes de cotisations au titre de l'année 1998. Elle sera réévaluée chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la CSG maladie sur les revenus d'activité et de remplacement. La CNAMTS reçoit quant à elle le solde de la CSG encaissée ainsi que la totalité des
40 % de droits sur les alcools antérieurement affectés à l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Sommaire

Section II :
Les dispositions de la loi de financement ayant une incidence sur les ressources de la sécurité sociale

L'année 1998 avait été marquée par la seconde étape, la plus importante, de substitution de la CSG aux cotisations d'assurance maladie, La loi de financement pour 1999 ne contient pas de réforme de cette ampleur. Néanmoins, plusieurs dispositions de la loi de financement ont une incidence sur les ressources de la sécurité sociale. Les principales sont reprises ci-dessous.

L'article 2 comporte en premier lieu des dispositions modifiant les règles d'affectation de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Il s'agit :

- Du report sur l'exercice 1999 du solde de C3S constaté fin 1998 après versements à la CANAM, à

l’ORGANIC et à la CANCAVA.

- De l’affectation en 1999 au budget annexe des prestations agricoles (BAPSA) d’une fraction (1 MdF) des recettes de la C3S.

- Du changement des règles d’affectation de la C3S : désormais, le FSV recevra les excédents de la C3S restant après comblement des déficits des régimes de non salariés non agricoles. Ces montants seront répartis entre les deux sections du FSV : "opérations de solidarité" et "fonds de réserve" (sur le FSV, cf. chapitre III, *infra*, p. 121).

L’article 5 modifie les conditions d’exonération des cotisations patronales pour les aides à domicile, que les personnes concernées soient employées par des personnes physiques ou des associations prestataires.

D ans le premier cas, la liste des bénéficiaires de l’exonération et les conditions à son application sont refondues tandis que le niveau de l’exonération pour les particuliers exonérés du fait de leur âge est désormais limité (à partir du 1er avril 1999) par la création d’un plafond de rémunération (65 fois la valeur du SMIC horaire).

Lorsque l’aide à domicile est employée par une association prestataire, l’exonération de cotisations patronales devient totale pour les interventions chez les personnes y ayant droit en tant que particuliers employeurs.

Par dérogation aux dispositions de l’article L131-7du code de la sécurité sociale, cette exonération n’est pas compensée par le budget de l’Etat.

Le coût de cette mesure était évalué par la direction de la sécurité sociale à 360 MF en 1999 et à 255 MF en année pleine. Ces montants résultent du jeu combiné de l’augmentation de l’exonération, lorsque l’employeur est une association prestataire, et de son plafonnement lorsque l’employeur est une personne physique exonérée du seul fait de son âge. Comme le plafond de rémunération n’est entré en vigueur qu’au 1er avril 1999, le coût de la mesure est plus élevé en 1999 que pour les années à venir.

L’article 6 concerne une mesure d’aide à l’emploi : l’exonération pour l’embauche d’un premier salarié (mesure non compensée). Ce dispositif est prorogé pour trois ans (jusqu’au 31 décembre 2001). Pour les embauches intervenues à compter du 1er janvier 1999, l’exonération des cotisations sociales patronales est plafonnée à la partie du salaire égale au montant du SMIC mensuel. L’économie attendue de ce plafonnement était estimée à 170 MF en 1999. Les données disponibles semblent confirmer cette évaluation : pour un nombre d’entrées dans le dispositif à peu près égal à celui de 1998, le coût de la mesure est passé de 2,91 MdF en 1998 à 2,74 MdF en 1999. **L’article 8** de la loi de financement supprimait la déduction pour frais d’assiette et de perception portant sur la CSG assise sur les revenus du patrimoine. Cet article, issu d’un amendement présenté par un parlementaire, a été abrogé par l’article 39 de la loi de finances rectificative pour 1998[25].

Au-delà du problème du prélèvement par les services fiscaux pour frais d'assiette et de recouvrement pour la perception de ce volet de la CSG, il convient de noter l’hétérogénéité des règles et des pratiques relatives à la prise en charge des coûts, soit de perception par les services fiscaux de recettes destinées à la sécurité sociale, soit de gestion par des caisses de sécurité sociale de prestations pour le compte de l’Etat.

On relève en particulier des différences de traitement entre les contributions (CSG, prélèvement de 2 % et CRDS) selon qu’elles sont assises sur les revenus du patrimoine ou de placement financier ou bien sur les jeux. En matière de prise en charge des frais de gestion des prestations gérées par la CNAF pour le compte de l’Etat, les situations sont également diversifiées. L’Etat prend en charge les frais de gestion des divers dispositifs d’aide au logement : aide personnalisée au logement –APL- (4 % des prestations versées), allocation de logement à caractère social –ALS- (2 % des prestations versées) et aide aux associations logeant des personnes défavorisées en attente d’un logement –ALT- (2 % des dépenses financées). Par contre, il n’y a pas de compensation des frais de gestion pour l’allocation adultes handicapés –AAH- et pour le revenu minimum d’insertion –RMI-.

La Cour engage une étude d'ensemble de ce sujet dans la perspective du rapport sur l'application de la loi de financement pour 2000.

L'article 9 prévoit que les employeurs redevables au titre d'une année de plus de 6 MF de cotisations, contributions et taxes, ou bénéficiant d'une autorisation de versement en un lieu unique, sont tenus de s'acquitter par virement à partir de l'année suivante. La mesure est entrée en vigueur au 1er avril 1999. Un premier bilan a été élaboré par l'ACOSS en juillet 1999 d'où il ressortait que l'obligation de recourir au virement concernait environ 29 000 entreprises. Au 31 décembre 1999, la part des paiements dématérialisés s'est élevée à 41,5 % des encaissements du secteur privé (ce qui représente 388 MdF).

Le paiement par virement allège les tâches de gestion du recouvrement. Il a également une incidence positive sur la trésorerie de l'ACOSS. En effet, l'obligation d'utiliser un moyen de paiement dématérialisé se traduit par une accélération des encaissements. Antérieurement encaissés à J+1 de l'échéance, les fonds remontent désormais à J-1 et J. Le rendement avait été évalué à 90 MF en 1999.

Le seuil à partir duquel le paiement par virement est obligatoire peut paraître élevé au regard de celui en vigueur en matière de TVA : 5 MF depuis le 1er janvier 2000 (article 1695 ter du code général des impôts). Un rapprochement du seuil de paiement par virement des cotisations sociales de celui en vigueur pour la TVA devrait être envisagé. Il ne concernerait en effet que des entreprises déjà habituées à ce mode de paiement.

L'article 11 supprime le droit de fabrication sur les alcools à usage industriel (antérieurement affecté au FSV). Cette suppression d'un droit, dont le produit était de l'ordre de 320 MF, résulte de son absence de conformité au droit européen.

L'article 13 concerne la cotisation sur les contrats d'assurance automobile (au profit de la CNAMTS). Pour tenir compte de la substitution de la CSG aux cotisations d'assurance maladie intervenue dans la LFSS pour 1998, le critère d'assujettissement à ce prélèvement, jusqu'alors constitué par l'affiliation à un régime d'assurance maladie et le versement de cotisations, a été complété par celui de l'acquittement de la CSG.

L'article 16 prévoit que le besoin de financement du fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales (FATIACL) (du fait de la prise en charge du congé de fin d'activité, CFA) sera couvert par une contribution de deux autres fonds : le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le fonds de compensation progressive des cessations temporaires d'activité (FCCPA) (spécifique aux agents territoriaux). Les contributions des deux fonds se sont finalement établies à 29,1 MF pour le FEH (pour 52 MF annoncés dans l'annexe b du PLFSS 2000) et à 88,5 MF pour le FATIACL (pour 163 MF annoncés). Les données contenues dans l'annexe b du PLFSS 2000 reposaient sur des prévisions de la caisse des dépôts et consignations qui se sont révélées inexactes tant pour les charges du fonds du fait du CFA que pour le montant des produits financiers (16,2 MF annoncés pour 57,2 MF réalisés). L'écart à combler par les contributions des deux fonds précités entre le résultat du FATIACL et les réserves s'est donc établi à 117,6 MF au lieu de 215,4.

Comptes du FATIACL

(en MF)

	1999 Prévisions (août 1999)	**1999 Réalisations (mars 2000)**
Emplois		
Prestations	634,1	622,6
Frais de gestion	31,6	32,9
Frais financiers	0,0	1,6
CFA	771,0	731,0 (a)
Autres charges	0,0	42,3 (b)
Total emplois	**1436,7**	**1430,4**
Ressources		

Produits financiers	16,2	57,2
Autres ressources	13,2	56,8 (c)
Total ressources hors contributions du FEH et du FCCPA	**934,0**	**1027,4**
Résultat (hors contributions FEH et FCCPA)	-502,7	-403,0

a) dont 728,6 MF de prestations

(b) régularisations au titre de 1998

(c) dont 42 MF de reprise de provisions

(d) Montant figurant dans le bilan 1999.
Le montant de 287,3 est porté dans les prévisions de la CDC transmises à la DSS.

Sources : DSS et CDC

RECOMMANDATION

Rapprocher le seuil de paiement par virement des cotisations sociales de celui en vigueur pour la TVA.

Cette section n' a pas appelé de réponse

---

[25] Un article de la loi de financement pour 2000 ayant le même objet a été également abrogé par la loi de finances rectificative pour 1999.

Section III : Les relations financières entre l'Etat "Puissance publique" et la sécurité sociale

Sommaire

L'Etat participe de manière significative au financement de la protection sociale. Comme dans les deux précédents rapports, cette section présente les résultats d'un examen de la Cour portant sur l'articulation des comptes entre

- les organismes sociaux, qui ont procédé au versement des prestations ou au décompte des cotisations exonérées dans le cadre de la politique de l'emploi ;

- l'ACOSS[26] chargée des recouvrements et des encaissements des sommes dues par l'Etat au titre du régime général ;

- et l'Etat lui-même, dont les charges à ce titre sont imputées au budget.

I – Les transferts de l'Etat aux régimes

En 1999, les transferts de l'Etat vers les régimes de sécurité sociale se sont élevés à 199 MdF[27]. Par rapport à 1998, ces transferts ont augmenté de 6 MdF en raison principalement de l'accroissement des dépenses au titre du RMI et de la prise en charge par l'Etat de l'allocation de parent isolé (API) (voir *infra*).

Ces 199 MdF se décomposent, selon la nomenclature budgétaire, en plusieurs catégories de dépense :

- la compensation des exonérations de cotisations sociales décidées au titre de la politique de l'emploi pour 62,5 MdF ;

- la prise en charge de certaines prestations pour 68,0 MdF, notamment le RMI (31,9 MdF) et l'allocation aux

adultes handicapés (24,8 MdF) ;

- la prise en charge de certaines cotisations et prestations pour 1,8 MdF, notamment les prestations des pensionnés de guerre (1,3 MdF) ;

- la subvention d'un certain nombre de régimes pour 31,3 MdF, notamment la SNCF (13,8 MdF), le fonds spécial de pensions des ouvriers de l'Etat (5,4 MdF), et le budget des prestations sociales agricoles (BAPSA) (4,9 MdF) ;

- la contribution au fonds spécial d'invalidité (1,6 MdF), au fonds national de l'habitat (15,6 MdF) et au fonds national de l'aide au logement (18,1 MdF).

II – L'application de la convention Etat-ACOSS du 2 mai 1994

Une convention a été conclue le 2 mai 1994 entre l'Etat et l'ACOSS visant à neutraliser les effets, sur la trésorerie de la sécurité sociale, des délais entre les dépenses de prestations réalisées par les régimes ou le constat d'exonérations de versements de cotisations par les employeurs, et les remboursements pris en charge par l'Etat. A cette fin, un "échéancier" annuel de remboursement a été élaboré sur la base duquel les mesures d'un coût annuel supérieur à 1 MdF ont été réparties.

La Cour avait regretté les années précédentes que l'avenant annuel formalisant cet échéancier soit signé trop tardivement, ou ne le soit pas [28]. Un progrès notable a été réalisé en cette matière puisque les avenants pour 1999 et 2000 ont été signés le 23 août 1999 et le 24 mars 2000.

III – Les sommes reçues par les régimes

Les sommes retracées dans les tableaux suivants le sont en encaissements-décaissements sur l'année civile (1er janvier-31 décembre). Elles n'incluent donc pas les versements faits en janvier 2000 au titre de la période complémentaire du budget 1999. Mais elles incluent des versements de l'Etat faits en janvier 1999 au titre de la période complémentaire 1998.

Ces tableaux rapprochent les flux financiers émanant des différents intervenants (Etat, ACOSS, autres organismes) au cours de l'année 1999. Dans la première colonne figurent les versements de l'Etat, vus dans la comptabilité de l'Etat. Dans les cinq colonnes suivantes figurent les sommes reçues par les régimes, vues dans leur comptabilité. L'addition de ces cinq colonnes doit, bien entendu, correspondre à la première. C'est le cas, sauf pour un nombre très limité de mesures (les explications des écarts sont données dans le tableau).

A - Contributions de l'État, directes ou via des fonds et remboursements

(en MF)

			Total des versements de l'État sur l'exercice 1999 (c)	ACOSS (Régime général)	CCMSA	CANSSM	CNMSS	Autres régimes (CANAM, SNCF, RATP, CFE, Banque de France, ...)
	MINISTERES	LIBELLES		Encaissements reçus en 1999				
I – Contributions et remboursements de l'État								
Santé et solidarité	Allocation de parent isolé	4 233,00	4 233,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Santé et solidarité	Allocation de revenu minimum d'insertion	30 248,00	30 248,00	0	0	0	0	

Santé et solidarité	Allocation de revenu minimum d'insertion au BAPSA	552,00	0,00	552	0	0	0	
Santé et solidarité	Contribution de l'État au financement de l'allocation aux adultes handicapés	24 769,00	24 769,00	0	0	0	0	
Agriculture	Contribution de l'État au financement de l'allocation aux adultes handicapés au BAPSA	456,00	0,00	456,00	0	0	0	
Charges communes	Majoration d'allocation de rentrée scolaire exceptionnelle	6 059,00	6 059,00	0	0	0	0	
Santé et solidarité	Remboursement aux organismes de sécurité sociale des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse	132,46	221,00 (b)	1,21	0,18	1,63	6,27	
Charges communes	Fonds spécial d'invalidité	1 592,00	1 445,13 (a)	0	0	0	0	
Total des contributions		68 041,46	66 975,13	1 009,21	0,18	1,63	6,27	
Contributions de l'État via des fonds								
Logement	Contribution de l'État au Fonds National de l'habitat	15 553,92	19 092,62 (a)	0	0	0	0	
"	Contribution de l'État au Fonds National de l'aide au logement	17 925,00	21 903,07 (a)	0	0	0	0	
"	Contribution de l'État au FNAL pour l'aide aux associations logeant à titre temporaire des personnes défavorisées	130,00	183,59 (a)	0	0	0	0	
Total des contributions via des fonds		33 608,92	41 179,28	0,00	0,00	0,00	0,00	

(a) Pour le FSI, le FNH et le FNAL et l'allocation temporaire de logement, les colonnes concernant les régimes autres que le régime général ne sont pas renseignées dans ce tableau.

(b) La différence correspond à un versement effectué en 1998 par le ministère de l'emploi et de la solidarité directement à l'Agence comptable de la CNAMTS et encaissé par l'ACOSS seulement en 1999.

(c) Période complémentaire 1998 + versements hors période complémentaire 1999.

B – Exonération de charges sociales compensées par le budget de l'État *(en MF)*

MINISTERES	LIBELLES	**Versements de l'État sur l'exercice 1999 (1)**	ACOSS (régime général) (3)	CCMSA (3)	UNEDIC (3)	ARRCO (3)	Autres régimes (2) (3)
Charges communes	Versement en application de l'article 52 de la loi du 31/12/1991 relative à la formation professionnelle et l'emploi («exo-jeunes»)	43,47	0,17	2,10	0,00	41,20	0,00
Emploi et Solidarité	Contrats d'apprentissage	4 467,00	3 278,68	212,19	441,85	499,76	34,52
"	Contrats de qualification	2 463,13	2 364,69	98,44	0,00	0,00	0,00
"	Contrats initiative-emploi	5 849,74	5 519,00	330,74	0,00	0,00	0,00
"	Insertion par l'économique	338,00	338,00	0,00	0,00	0,00	0,00
"	Emploi de bénéficiaires de RMI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
"	Contrats de retour à l'emploi (Métropole)	382,52	355,64	26,88	0,00	0,00	0,00
"	Incitation à la réduction du temps de travail, loi AUBRY du 13 juin 1998	884,47	884,45	0,02	0,00	0,00	0,00
"	Incitation à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (loi du 11 juin 1996)	4 056,78	3 639,00	417,78	0,00	0,00	0,00

"	Réduction dégressive des cotisations sociales patronales sur les bas salaires	43 280,53	39 583,79	3 636,80			59,94
"	Réduction des charges sociales plan textile-habillement	879,61	879,61	0,00	0,00	0,00	0,00
"	Embauche du deuxième au cinquantième salarié dans les entreprises situées en zones de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine	311,38	282,70	28,68	0,00	0,00	0,00
"	Dispositif en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises situées en zone franche	880,00	846,00	9,53	0,00	0,00	24,47
"	Versements en application de la loi n° 96-1143 du 26 décembre 1996 relative à la zone franche de Corse	237,53	233,39	4,14	0,00	0,00	0,00
"	Correspondants locaux de la presse régionale ou départementale	0,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89
"	Exonérations DOM (art. 4 de la loi n°94-638 du 25 juillet 1994) (b)	1 053,79	1 053,79	0,00	0,00	0,00	0,00
"	Contrats d’accès à l'emploi, champ Exo-DOM (art. 5 de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994) - Loi PERBEN	7,97	7,97	0,00	0,00	0,00	0,00
"	Dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants (au	300,00	300,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	titre de l'article L,241-14 du Code de la sécurité sociale)						
"	Exonérations de cotisations d'allocations familiales	721,85	721,85	0,00	0,00	0,00	0,00
"	Exonération des cotisations de sécurité sociale des travailleurs non salariés non agricoles	92,55	0,00	0,00	0,00	0,00	92,55
Outre-Mer	Contrats d'accès à l'emploi (DOM)	182,00	182,00	0,00	0,00	0,00	0,00
"	Contrats de retour à l'emploi (DOM)	6,00	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total des exonérations de cotisations		66 439,22	60 476,73	4 767,30	441,85	540,96	212,37

1) Période complémentaire 1998 + versements hors période complémentaire 1999. (2) CANAM, CNAVPL, CRPCEN, IRCANTEC. (3) Encaissements reçus en 1999.

C - Cotisations et prestations prises en charge

(en MF)

		Total des versements de l'État sur l'exercice 1999 (b)	ACOSS (régime général)	ORGANIC CAVICORG	CANCAVA	CNAVPL	Autres régimes (CNBF)
MINISTERES	LIBELLES	Encaissements reçus en 1999					
Anciens Combattants	Prestations assurées par l'État au titre du régime de sécurité sociale des pensionnés de guerre	1 333,62	1 333,62	0	0	0	0
Charges communes	Aide au rachat des cotisations à la CNAVTS des rapatriés	171,38	161,19	8,87	1,04	0,23	0,05
Justice	Cotisations	303,08	324,17	0	0	0	0

	maladie maternité des détenus		(a)				
Total des cotisations prises en charge par l'État		1 808,09	1 818,98	8,87	1,04	0,23	0,05

(a) Le versement de l'État d'un montant de 54 663 064 F, en date d'écriture du 30 décembre 1999 à l'ACCT, a été encaissé par l'ACOSS seulement au mois de janvier 2000 et donc figure au titre des encaissements 2000 à rattacher à l'exercice 1999. De plus, les versements correspondant aux cotisations maladie et maternité des détenus, versés par les services déconcentrés de l'État et remontés par les URSSAF non pas été pris en compte par l'ACOSS.

(b) Période complémentaire 1998 + versements hors période complémentaire 1999.

IV - Les restes à recouvrer sur l'Etat au titre de la politique de l'emploi pour le régime général

Le tableau ci-dessous présente les restes à recouvrer sur l'Etat au 31 décembre 1999, au titre de la politique de l'emploi, tels que les a déterminés l'ACOSS. Ils s'élèvent à 6,707 MdF. Cependant, il convient de noter, comme cela avait été signalé l'année dernière, que les "encaissements répartis dans les caisses nationales" par l'ACOSS (colonne 3 du tableau) ne correspondent pas exactement aux versements effectués par l'Etat dans l'année, en raison de l'absence de prise en compte de certains montants versés par l'Etat et non encore répartis. Au total, les restes à recouvrer sur l'Etat s'élèvent à 6 ,651 MdF, soit –1,4 % par rapport au solde comparable de 1998 (6,744 MdF, cf. rapport sur l'application de la loi de financement de septembre 1999).

Pour l'ensemble de ces mesures, l'Etat a versé 2,362 MdF en janvier 2000 au titre de la période complémentaire 1999. Les restes à recouvrer sur l'Etat, à l'issue de l'année budgétaire, s'élèvent donc à 6,651 – 2,362 = 4,289 MdF (contre 2,991 MdF en 1999, augmentation sensible qui s'explique principalement par les exonérations liées aux contrats d'apprentissage et à la loi AUBRY I, exonérations décrites ci-dessous).

Restes à recouvrer sur l'État au 31 décembre 1999 pour le régime général

(en F)

Catégories d'exonérations	Solde au 31/12/1998 (droits constatés) (1)	Total des produits (droits constatés) en 1999 (2)	Encaissements répartis par l'ACOSS dans les caisses nationales en 1999 (3)	**Solde au 31/12/1999 (droits constatés) (4)=(1)+(2)-(3)**
I. Budget des *charges communes*				
Versement en application de l'article 52 de la loi du 31/12/1991 relative à la formation professionnelle et l'emploi ("exo-jeunes")	167 342	0	167 342	0
Sous-total	167 342	0	167 342	0
II. Budget du ministère de l'emploi				
Contrats d'apprentissage	772 355 581	3 668 730 515	3 253 868 117	**1 187 217 979**
Contrats de qualification	545 089 635	2 313 923 126	2 364 693 328	**494 319 433**
Contrats initiative-	58 790 991	5 069 073 882	5 592 000 000	**-464 135 127**

emploi				
Insertion par l'économique	0	275 368 953	338 000 000	**-62 631 047**
Emploi de bénéficiaires de RMI (soldes de paiement)	-278 379	0	-278 379	**0**
Contrats de retour à l'emploi (Métropole)	148 418 868	425 428 314	368 000 000	**205 847 182**
Incitation à la réduction du temps de travail (loi du 13 juin 1998)	306 448 459	3 678 645 941	884 448 094	**3 100 646 306**
Incitation à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (loi du 11 juin 1996)	221 029 562	3 614 766 615	3 639 000 000	**196 796 177**
Réduction dégressive de cotisations sociales patronales sur les bas salaires	1 661 978 147	37 456 028 749	39 583 790 540	**-465 783 644**
Exonérations de cotisations au profit du secteur textile-habillement	2 761 692 961	-66 502 156	879 607 077	**1 815 583 728**
Embauche du deuxième au cinquantième salarié dans les entreprises situées en zones de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine	38 411 244	348 468 746	348 000 000	**38 879 990**
Dispositif en faveur des cinquante premiers salariés des entreprises situées en zone franche	211 731 467	1 243 853 420	846 002 055	**609 582 832**
Versements en application de la loi n° 96-1143 du 26 décembre 1996 relative à la zone franche Corse	13 880 118	284 201 740	279 018 402	**19 063 456**
Exonérations DOM (art. 4 de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994) - loi PERBEN -	57 547 369	1 092 019 507	1 053 790 315	**95 776 561**
Contrats d'accès à l'emploi, champ exo-DOM (art. de la loi n° 94-638 du 25 juillet 1994) - Loi PERBEN -	10 293 205	-21 328 681	7 966 678	**-19 002 154**
Dispositif en faveur des hôtels, cafés et restaurants (au titre de l'article L.241-14 du	85 992 241	157 478 785	300 000 000	**-56 528 974**

Code de la sécurité sociale)				
Exonérations de cotisations d'allocations familiales	78 486 673	645 275 430	721 853 000	**1 909 103**
Sous-total	6 971 868 142	60 185 432 886	60 459 759 227	**6 697 541 801**
III. Budget de *l'Outre-mer*				
Contrats d'accès à l'emploi	-1 379 212	193 734 267	182 000 000	**10 355 055**
Contrats de retour à l'emploi	-834 486	5 494 744	6 000 000	**-1 339 742**
Sous-total	-2 213 698	199 229 011	188 000 000	**9 015 313**
Total	6 969 821 786	60 384 661 897	60 647 926 569	**6 706 557 114**

Source ACOSS

Les trois mesures au titre desquelles les restes à recouvrer au 31 décembre 1999 sont les plus élevés sont :

- **les contrats d'apprentissage** pour lesquels les restes à recouvrer sur l'Etat sont passés de 772 MF, en 1998, à 1 187 MF fin 1999 (il n'y a pas eu de versements en période complémentaire) ;

- **l'incitation à la réduction du temps de travail (loi AUBRY I)** : même si un versement de 1,2 MdF est intervenu en période complémentaire (janvier 2000), les versements de l'Etat au titre de 1999 n'ont été que de 1,9 MdF (y compris le versement effectué en période complémentaire), soit significativement moins que ce qui avait été inscrit en loi de finances initiale (3,5 MdF) et que la facturation présentée par l'ACOSS en fin d'année (2,8 MdF + 0,9 MdF de produits à recevoir). Ces écarts s'expliquent principalement par la nouveauté de la mesure et le fait qu'elle ne soit montée en charge qu'en fin d'année 1999. L'Etat devra veiller en 2000 à réduire sa dette à ce propos auprès des organismes de sécurité sociale.

- **les exonérations de cotisations au profit du secteur textile-habillement-cuir-chaussure** : mises en place par une loi du 12 avril 1996, ces exonérations étaient plus généreuses que celles de droit commun car affectant les salaires jusqu'à 1,5 fois le SMIC au lieu de 1,3 fois. Les ayant jugées illégales[29], la Commission européenne a exigé leur remboursement par les entreprises ayant perçu plus de 100 000 euros d'allégements à ce titre[30]. Une circulaire du 31 mars 2000, conjointe du ministère de l'emploi et de la solidarité et du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, a chargé l'ACOSS du suivi financier de ces remboursements en vue du reversement à l'Etat du montant des cotisations faisant l'objet d'une compensation par le budget de l'Etat.

En toute logique, l'Etat aurait dû continuer à verser à l'ACOSS en 1999 la compensation du coût de l'exonération pour le régime général, puis percevoir les remboursements de la fraction illégale de l'aide (qui s'élève, selon une estimation du secrétariat d'Etat à l'industrie, à environ 500 MF). Or l'Etat n'a effectué aucun versement sur le budget 1999. Le reste à recouvrer en fin d'exercice s'est élevé à 1,8 MdF, faisant supporter au régime général une charge en trésorerie à la fois sur la fraction légale de l'aide qui n'a pas été prise en charge par l'Etat en 1999 (1,3 MdF), et sur la fraction jugée illégale par la Cour de justice européenne (0,5 MdF)[31]. Un apurement de cette dette paraît donc devoir être réalisé dans les meilleurs délais.

V - Cinq exemples de prise en charge par l'Etat de mesures de solidarité nationale

Ces exemples ont été choisis pour leur montant, mais aussi pour montrer le caractère changeant, et donc conventionnel, des relations entre l'Etat et la sécurité sociale, puisque les prises en charge sont fluctuantes. Ainsi, par exemple, l'allocation de parent isolé (API) n'était pas prise en charge, et l'est désormais, alors que la majoration de l'allocation scolaire l'est encore, mais ne va plus l'être, sans que leur nature ait en réalité changé.

A – L'allocation de parent isolé

Créée par la loi du 9 juillet 1976, l'API a pour but d'apporter une aide temporaire à toute personne isolée résidant en France et qui se retrouve seule pour assumer la charge d'au moins un enfant (pendant un an ou jusqu'à ce qu'il ait trois ans). Jusqu'en 1998, son coût était supporté par les caisses d'allocations familiales du régime général et les caisses de mutualité sociale agricole.

La loi de finances pour 1999 a prévu la prise en charge de cette mesure par l'Etat (le surcoût budgétaire étant compensé pour l'Etat par les recettes fiscales supplémentaires générées par la diminution du plafond du quotient familial). La dotation initiale était de 4,233 MdF et a été intégralement consommée.

Depuis leur passage en comptabilité d'engagements en 1996, les caisses de sécurité sociale enregistrent dans leurs comptes de l'année en cours les prestations dont les droits ont été ouverts en fin d'année mais qui ne seront versées qu'en début d'année suivante. L'Etat n'effectuant ses transferts qu'au regard des versements réels, il est inévitable qu'un reste dû apparaisse dans les comptes des organismes en fin d'exercice. Ce reste dû de l'Etat n'est donc pas anormal lorsqu'il est proche du montant des prestations versées en n+1 au titre de l'année n, ce qui est le cas pour l'API (392 MF à fin 1999).

B - Le revenu minimum d'insertion

Institué par la loi du 1er décembre 1988 modifiée, le RMI est une prestation gérée et servie par les CAF et par les caisses de mutualité sociale agricole, garantissant un montant de ressources plafonné pour les bénéficiaires. Son coût est pris en charge par l'Etat.

La dotation en loi de finances initiale pour 1999 s'est élevée à 26,4 MdF. Comme l'année précédente, cette dotation s'est révélée significativement insuffisante. Deux versements complémentaires ont dû être effectués : 3,5 MdF en septembre 1999 (décret d'avance) et 2,0 MdF en janvier 2000, pendant la période complémentaire (loi de finances rectificative). Les versements de l'Etat se sont donc élevés à 31,9 MdF, contre 26,2 MdF en 1998.

Même s'il est difficile d'estimer avec précision le coût prévisionnel du RMI, il serait souhaitable d'éviter une sous-estimation aussi importante qui nuit à la crédibilité des niveaux de dépenses inscrits en loi de finances initiale et qui fait supporter à la sécurité sociale un coût de trésorerie peu justifié.

En revanche, il convient de noter que les versements de l'Etat ont été supérieurs aux décaissements des caisses, ce qui a permis de réduire significativement le reste dû en fin d'exercice, reste dû dont le niveau excessif avait été dénoncé par la Cour l'an passé[32].

C – L'allocation aux adultes handicapés

Créée par la loi du 30 juin 1975, à la charge de l'Etat depuis 1983, l'AAH est une prestation servie aux personnes handicapées adultes (suite à une maladie ou à un accident sans lien avec la profession) ayant un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80 % ou se trouvant dans l'impossibilité de se procurer un emploi à cause de leur handicap. Depuis juillet 1994, un complément a été ajouté à cette allocation afin de favoriser le maintien à domicile des allocataires.

La dotation en loi de finances initiale pour 1999 s'est élevée à 24,8 MdF. Elle a été intégralement consommée, mais elle s'est révélée être légèrement insuffisante pour couvrir les dépenses des caisses, ce qui a entraîné une nouvelle augmentation du reste dû par l'Etat en fin d'exercice (2,5 MdF contre 2,3 MdF fin 1998). En tenant compte d'un versement de l'Etat de 2,1 MdF le 6 janvier 2000 au titre de la loi de finances initiale pour 2000, la charge de trésorerie de ce reste à recouvrer pour la CNAF n'était que de 0,4 MdF au 31 janvier 2000, en augmentation toutefois sensible par rapport au solde comparable de l'année précédente (0,2 MdF). Il serait souhaitable qu'une diminution de ce solde soit réalisée en 2000.

D – La majoration exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire

Instituée, à titre exceptionnel, par un décret du 25 août 1993, la majoration de l'ARS était destinée à abonder le montant de l'ARS financée par les CAF et servie sous condition de ressources. Reconduite dans son principe

d’année en année, cette majoration est prise en charge par l’Etat depuis 1994.

Lors de la conférence de la famille réunie en juillet 1999, le gouvernement a décidé de pérenniser cette mesure qui aurait ainsi vocation à devenir une véritable prestation à caractère familial et donc à être progressivement prise en charge par la branche famille[33].

La reconnaissance de la pérennité de cette mesure, que la Cour avait déjà appelée de ses vœux dans son rapport de 1998, n’a malheureusement pas été suivie d’effet : aucune dotation n’a été prévue dans la loi de finances initiale pour 2000 et aucun transfert de charge n’est prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Le coût de la majoration étant d’environ 7 MdF (6,977 MdF en loi de finances rectificative pour 1999), l’absence de prise en compte en loi de finances initiale revient à minorer de façon significative les dépenses prévisionnelles inscrites dans cette loi de finances initiale et à créer une charge de trésorerie peu justifiée pour les CAF qui versent la majeure partie de la prestation à l’automne et ne sont remboursées par l’Etat qu’en janvier.

E – Les prestations de sécurité sociale remboursées par l'Etat au profit des pensionnaires de guerre

L’Etat assure la prise en charge financière des soins de santé des ressortissants du code des pensions militaires d’invalidité, non imputables à une affection pensionnée, lorsque l’assuré ne dispose pas personnellement de la qualité d’assuré social. Le financement est assuré par des crédits ouverts au chapitre 46-24 du budget du secrétariat d’Etat aux anciens combattants (sous forme de délégations trimestrielles de crédits à la CNAMTS via l’ACOSS). Les versements de l’Etat sur l’exercice 1999 ont été de 1,33 MdF, en très légère baisse par rapport à 1998 (1,36 MdF),

Comme il est mentionné au rapport public particulier de la Cour sur l’effort de solidarité nationale à l’égard des anciens combattants (juin 2000), "un litige subsiste pour les arriérés de l’Etat de 1991 et 1992, qui n’avaient pu être soldés l’année suivante faute de crédits disponibles. La régularisation a été partielle pour l’exercice 1991, mais inexistante pour 1992. La CNAMTS estime que l’Etat est resté redevable de 275,33 MF. Le ministère des anciens combattants a exposé en juin 1993 au ministère des affaires sociales que ces sommes n’étaient plus dues à la CNAMTS du fait de l’opération de reprise de la dette de l’ACOSS, qu’allait organiser la loi de finances pour 1994. La direction du budget a exposé à la Cour que l’Etat s’est acquitté définitivement de ses propres dettes envers les régimes concernés à l’occasion de l’opération de reprise, qui s’est accompagnée d’un reliquat entre les différentes caisses. L’Etat ayant désormais pris position sur ce différend, il doit en tirer les conséquences en ce qui concerne les comptes de la CNAMTS à l’occasion de leur approbation".

RECOMMANDATIONS

1. Diminuer les restes à recouvrer sur l’Etat en fin d’exercice (en particulier dans le cadre des mesures suivantes : contrats d’apprentissage, incitation à l’aménagement et la réduction du temps de travail, allocation aux adultes handicapés).

2. Apurer la dette de l’Etat auprès de l’ACOSS sur le dispositif de réduction dégressive des charges sociales sur bas salaires pour les entreprises secteur textile-habillement-cuir-chaussure.

3. Tirer les conséquences de la pérennisation de la majoration exceptionnelle de rentrée scolaire en prévoyant son financement en loi de finances initiale et en loi de financement de la sécurité sociale.

Réponse

---

[26]Comme l’année dernière, la CCMSA n’a pas été en mesure de fournir des informations dans les délais impartis. L’analyse de la Cour n’a donc pas pu être approfondie sur la partie des transferts de l’Etat la concernant.

[27]Il s’agit de versements faits, au titre du budget de 1999, soit en 1999, soit pendant la période complémentaire à 1999, c’est-à-dire jusqu’au 28 janvier 2000 (ces versements diffèrent donc de ceux retracés dans le tableau ci-dessous). A noter également que sont prises en compte dans ce montant les dépenses budgétaires qui transitent par des fonds (en particulier pour l’aide au logement).

[28] Ce qui n’avait pas empêché la poursuite, par l’Etat, de versements échelonnés à dates régulières.

[29] Décision du 9 avril 1997 confirmée par un arrêt du 5 octobre 1999 de la Cour de justice européenne.

[30] Règle dite "de minimis".

[31] Même si elle est chargée de son recouvrement, il n’est pas normal que l’ACOSS assume le coût de trésorerie d’une aide décidée par l’Etat et jugée illégale par l’Union européenne.

[32] Ce reste dû était passé de 2,3 MdF, fin 1997, à 4,0 MdF fin 1998. Il est revenu à 2,7 MdF fin 1999. La majeure partie de ce montant est expliquée par le décalage provoqué par la comptabilité en droits constatés des caisses qui conduit à prendre en compte les dépenses d’allocations versées en janvier n+1 au titre de droits ouverts en décembre n, sans tenir compte des versements effectués par l’Etat à la même date (1er> versement au titre des crédits de la loi de finances initiale pour n+1). L’Etat ayant versé, le 6 janvier 2000, 2,3 MdF au titre de la loi de finances initiale pour 2000, la charge de trésorerie de ce reste à recouvrer pour la CNAF n’était que de 0,4 MdF au 31 janvier 2000, en diminution très nette par rapport au solde comparable de l’année précédente (1,8 MdF, montant élevé qui s’expliquait pour une large part par le versement d’une prime exceptionnelle dont le principe n’avait été décidé qu’à la fin du mois de décembre 1998).

[33] En contrepartie de cette augmentation de charge pour la branche famille, l’Etat prendrait à son compte le financement du fonds d’action social pour les travailleurs immigrés et leurs familles.

Sommaire

Section IV :
Le recouvrement des cotisations dans le régime des non salariés non agricoles

Comme les années antérieures, la Cour a souhaité faire le point sur le recouvrement des cotisations dans le régime des non salariés des professions non agricoles en examinant, sur la base des vérifications effectuées par les COREC et les CODEC, les suites apportées aux observations des rapports précédents, s’agissant des actions de contestation menées par les émanations de l’ancienne confédération de défense des commerçants et artisans (CDCA).

Soixante-treize organismes de ce régime ont fait l’objet de vérifications : 9 caisses mutuelles régionales et 47 organismes conventionnés (régime maladie CANAM) ; 8 caisses régionales d’assurance vieillesse des artisans (régime vieillesse CANCAVA) ; 9 caisses vieillesse des industriels et commerçants (régime vieillesse : ORGANIC).

Sur une période de cinq ans, la Cour constate que la tendance est clairement à la réduction du mouvement de contestation et donc à l’amélioration sensible du recouvrement des cotisations. Cette situation tient plus à une moindre mobilisation des sympathisants de l’ex-CDCA vis-à-vis des méthodes employées par des dirigeants condamnés pour cela en justice qu’aux mesures prises, sur le terrain, par des caisses ou organismes conventionnés du régime ou mises en œuvre par les services déconcentrés de l’Etat, mesures qui sont encore trop peu nombreuses.

I - Le mouvement de contestation tend à se réduire

A - L’évolution du recouvrement des cotisations

La contestation qui affecte depuis plusieurs années les résultats du recouvrement des cotisations du régime a persisté au cours de l’exercice 1998 : les montants de restes à recouvrer sur les cotisants ayant manifesté de manière concertée leur refus de cotiser représentent, pour le régime maladie 580,4 MF, pour l'assurance vieillesse des artisans 597,5 MF, et pour l'assurance vieillesse des industriels et commerçants 1041,8 MF, ces montants reposant pour l'essentiel sur des procédures de taxation d'office. Mais la contestation semble en repli

sensible. L'amélioration déjà observée en 1997 s'est renforcée en 1998.

Les taux de recouvrement progressent sensiblement qu'il s'agisse de la CANAM (de 87,2 % à 89,5 %), de la CANCAVA (de 94,0 % à 95,5 %) et de l'ORGANIC (de 87,4 % à 88,1 %) pour des raisons qui tiennent certes à la baisse du taux des cotisations maladie en raison de la substitution de la CSG et à l'amélioration de la conjoncture économique, mais également à la réduction du nombre de cotisants retardataires se réclamant des mouvements contestataires.

La quasi totalité des caisses contrôlées est concernée par cette amélioration même s'il demeure quelques exceptions régionales.

Ainsi pour les organismes dépendant de la CANAM, le montant des restes à recouvrer diminue de près de 10 %, à l'exception des régions Midi-Pyrénées et Pays de la Loire, ainsi que dans une caisse de professions libérales. S'agissant de l'ORGANIC, le montant des restes à recouvrer diminue dans la majorité des régions, la baisse moyenne sur le plan national étant de 2,5 %. Enfin, pour les caisses vieillesse des artisans (caisses AVA), la diminution du montant des restes à recouvrer est de 39 %.

La baisse de la contestation s'est amplifiée en 1998. Mais le phénomène doit continuer à être surveillé de manière à ce que les caisses adoptent les mesures indispensables pour obtenir une réduction plus sensible notamment dans les régions où il demeure le plus actif.

B - Les actions menées à l'encontre des caisses de sécurité sociale

Bien que réduite, la contestation demeure virulente car elle réunit les adhérents les plus déterminés.

Les menaces à l'encontre des caisses et des huissiers se manifestent encore en réaction le plus souvent à des actions de recouvrement forcé mises en œuvre de manière plus énergique qu'antérieurement. La Cour renouvelle ses regrets devant l'absence d'intervention des forces de l'ordre malgré les sollicitations des organismes que la Cour a déjà soulignés.

Dans ces domaines délicats, l'intervention des juges ne peut certes être monolithique, mais elle est parfois déroutante.

Ainsi, la décision du tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS) des Yvelines du 20 novembre 1997, bien que ne concernant pas le régime des non salariés non agricoles, a pu paraître constituer un encouragement puissant à la contestation. En effet, le tribunal a refusé de valider une contrainte de l'URSSAF de Paris à charge pour elle de justifier de sa réalité juridique par la production de ses statuts. Or, c'est en se fondant sur cet argumentaire que les émanations de la CDCA s'appuyaient pour s'opposer aux contraintes exercées par les caisses. La Cour d'appel de Paris a infirmé cette décision qui n'avait pas été suivie par d'autres TASS.

En particulier, le TASS de Tours a estimé dans une décision rendue le 16 novembre 1998 que :

- l'émanation de la CDCA (le CNDCA), qui contestait le bien fondé d'une contrainte, n'avait pas la qualité de syndicat professionnel au titre de l'article L. 411-1 du code du travail ;

- une caisse ORGANIC, instituée en application des dispositions de l'article L. 621-2 du code de la sécurité sociale et dont les statuts-types sont soumis à l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale, n'a pas l'obligation de communiquer ses statuts à ses ressortissants en application des articles L. 111-1 et L. 111-2 dudit code ;

- la Cour de Justice des Communautés européennes et la Cour de Cassation ont jugé que les articles 85 et suivants du traité de Rome ne s'appliquent pas aux organismes chargés de gérer un régime obligatoire de sécurité sociale et qu'un tel régime est donc exclu du champ d'application de la directive n° 92-49 du 18 juin 1992 relative à l'assurance.

Le TASS de Tours a donc validé la contrainte adressée par la caisse ORGANIC. Son argumentaire confirme

que l'imagination juridique des contestataires rencontre de moins en moins d'écho dans les tribunaux.

Il en a été de même des invitations faites aux professions indépendantes de délocaliser leur siège social dans les pays où les charges sociales sont plus faibles qu'en France. Ces opérations ont été jugées fictives et frauduleuses par les TASS (TASS du Lot notamment).

Le nombre de délocalisations fictives est au demeurant resté limité (167 entreprises en 1998 pour la CANAM), les caisses nationales ayant été attentives à suivre le développement éventuel de ce type d'actions et à fournir des argumentaires juridiques à opposer dès qu'une attitude nouvelle est signalée.

A cet égard, la Cour observe que malgré ses recommandations réitérées, tous les préfets n'ont pas mis en œuvre les prescriptions des circulaires interministérielles des 30 novembre 1993 et 31 octobre 1995 tendant à coordonner les actions des caisses vieillesse et maladie dans les régions où la CDCA manifeste sa présence. S'il est vrai que le mouvement de contestation s'est affaibli dans un certain nombre de départements, la carence de l'Etat est d'autant plus critiquable lorsqu'elle s'accompagne du refus de faire intervenir la force publique en cas de manifestations violentes ou de déprédations.

II - Le dispositif d'aide aux cotisants en grande difficulté

La Cour avait tenté de tirer un premier bilan du dispositif mis en place par le ministère de l'emploi et de la solidarité par lettre du 21 mai 1997 afin d'inciter les cotisants qui ne peuvent faire face au règlement de leurs cotisations à réintégrer le régime obligatoire jusqu'au 31 mars 1998 grâce à des mesures spécifiques. Celles-ci consistaient en un étalement des cotisations arriérées antérieures au 1er avril 1997 par la mise en place d'un échéancier de paiement de 36 mois maximum, la suspension des procédures de recouvrement forcé, la remise des majorations de retard, la réouverture du droit à prestations et la possibilité exceptionnelle, en fonction de la situation de chaque assuré dont les revenus ne dépassent pas 100 000 F par an sur trois ans, d'une possibilité de prise en charge d'une partie des cotisations arriérées à condition que les cotisations courantes soient payées.

En matière d'assurance maladie, le coût budgétaire de l'opération s'est élevé à 193,5 MF, dont 33 % pour la seule région Languedoc-Roussillon et 38 % pour les trois autres régions du Midi (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Il n'était pas exigé de lettre de désistement des actions devant les TASS. Certaines caisses mutuelles régionales ont élargi les possibilités offertes nationalement, s'agissant notamment de la limite supérieure des revenus (120 000 F en Bretagne, 150 000 F en Limousin et dans le Centre, 200 000 F en Bourgogne). Au total, 65 377 cotisants ont été contactés, 16 236 ont répondu (25 % seulement) et 12 739 ont conclu un accord avec les organismes (soit 80 % des cotisants ayant répondu mais 20 % de ceux ayant été contactés). Des délais de paiement excessifs ont parfois été constatés même si le délai de 36 mois a été généralement respecté (103 mois pour un dossier dans le Centre, 98 mois pour un dossier en Bretagne, 132 mois pour un dossier dans le Limousin). Enfin, 90 % des accords conclus ont fait l'objet d'une prise en charge des cotisations par le FNASS pour un coût de 99,5 MF, alors que celle-ci devait être exceptionnelle et ne pas dépasser 50 % des cotisations dues (en Bretagne, la moyenne de l'aide exceptionnelle a été de 60 % des cotisations dues). Dans d'autres régions, la prise en charge a été maintenue alors que les échéanciers de paiement n'étaient pas respectés par les cotisants.

Ainsi dans le domaine de la maladie, le dispositif n'a certes pas rencontré le succès escompté mais il a permis d'assainir la situation d'un certain nombre de cotisants parmi lesquels les contestataires sont restés peu nombreux même si un dialogue a pu être entamé.

S'agissant de l'assurance vieillesse des artisans, 17 145 cotisants ont été contactés, 5626 ont répondu (32 %) et 3687 accords ont été conclu (2/3 des cotisants ayant répondu et 20 % de ceux qui avaient été contactés). La moyenne des échéanciers (40 mois) dépasse le plafond de 36 mois, un délai de 90 mois ayant été observé en région Rhône-Alpes. La CANCAVA avait cependant chargé son service contentieux national d'encadrer le dispositif. Par ailleurs, l'obtention du plan était conditionnée par l'engagement de l'assuré de retirer toute action en justice.

S'agissant des caisses vieillesse des industriels et commerçants, 36 126 assurés ont été contactés, 6236 ont répondu (17 %) et 3441 accords ont été conclu (la moitié des assurés ayant répondu et 10 % des assurés contactés). La sous-utilisation des dotations destinées à la prise en charge des cotisations pourrait contribuer à

expliquer la faiblesse des résultats obtenus.

L'ORGANIC avait en outre souhaité qu'une coordination locale soit assurée entre les organismes sociaux (ORGANIC, URSSAF, AVA, professions libérales) : cette initiative judicieuse, car certains dossiers étaient communs et justifiaient une harmonisation des règles à retenir, n'a guère été relayée au plan local.

III - Des politiques de recouvrement plus efficaces

A - Une politique de recouvrement plus rigoureuse dans la phase pré-contentieuse

Les caisses s'efforcent dans la phase précontentieuse d'approfondir leurs relations avec les cotisants qui éprouvent des difficultés, notamment par l'octroi de délais de paiement. La Cour a, à plusieurs reprises, appelé l'attention des organismes sur la nécessité de maîtriser la politique d'octroi de délai sous peine de conduire à la remise en cause même de toute politique de recouvrement efficace.

C'est ce qu'ont compris nombre d'organismes. Ainsi certains organismes conventionnés concluent-ils avec les débiteurs des échéanciers plus courts, renégocient-ils les étalements trop importants et reprennent-ils les procédures contentieuses en cas de non respect des échéanciers.

Dans le même sens, la CANCAVA a institué le prélèvement automatique des échéances en cas de délais accordés, ceux-ci étant de l'ordre de quelques mois.

Les caisses ORGANIC axent leur politique sur le contact direct avec le débiteur. L'une d'elle, en Champagne-Ardenne, a constitué avec l'URSSAF, l'AVA et la CMR une commission de recouvrement amiable afin d'harmoniser les procédures précontentieuses et de vérifier la concordance des échéanciers de paiement entre organismes.

Mais restent encore trop nombreux les organismes accordant des délais de paiement systématiques et d'une durée excessive. Ces politiques laxistes, dangereuses et, en fin de compte, inéquitables, doivent être proscrites.

B - Le renforcement du suivi des procédures d'exécution

La Cour avait souligné, suite aux observations formulées par les COREC et les CODEC, un recours insuffisant aux procédures de recouvrement les plus efficaces. Or, les dossiers contentieux sont relativement bien suivis dès lors que les assurés en cause ne se réclament pas de la contestation. Cette situation explicable certes mais, eu égard aux objectifs poursuivis, parfaitement paradoxale semble évoluer et les recommandations des comités et de la Cour mieux suivies d'effet. En effet, les rapporteurs ont relevé que de nombreuses caisses avaient renforcé leur fermeté vis-à-vis des cotisants récalcitrants.

Le recouvrement contentieux débute par l'émission d'une contrainte qui, à défaut d'opposition dans les délais, comporte tous les effets d'un jugement. Cette contrainte peut être notifiée soit par lettre recommandée avec accusé de réception, soit par acte d'huissier en fonction de la qualité du débiteur et du montant de la créance.

La possibilité de choix peut être entravée par des décisions de justice comme en Auvergne où les organismes conventionnés hésiteraient à notifier directement les contraintes par lettre recommandée car certains juges considèrent alors la contrainte comme non valablement signifiée. Certains OC ont même pris la décision de faire signifier toutes les contraintes par les huissiers.

L'analyse des procédures de recouvrement forcé auxquelles les caisses ou les organismes ont recours montre que la saisie attribution sur compte bancaire est très privilégiée car efficace, peu coûteuse et sans risque pour les huissiers. En revanche, la saisie sur les véhicules à moteur, très efficace pour les caisses qui la pratiquent, reste néanmoins peu utilisée. Certaines caisses commencent à mettre en cause la solidarité entre époux avec succès (art. 220 du code civil). Enfin, les caisses développent la procédure d'assignation en redressement judiciaire qui se révèle être un bon moyen de règlement des dossiers difficiles.

La procédure d'opposition à tiers détenteur demeure peu pratiquée. La Cour espère que le renforcement de cette procédure par l'article 14 de la loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle qui

donne le caractère d'attribution immédiate aux sommes saisies, puisse vaincre les réticences incompréhensibles des caisses vis-à-vis d'une procédure dont l'efficacité a été démontrée (dès lors qu'elle emporte les mêmes effets désormais qu'un avis à tiers détenteur dans le cas du paiement d'impôts privilégiés).

Les instruments existent pour mener une politique de recouvrement contentieux dynamique même dans les cas très difficiles des dossiers de contestataires. Certaines caisses en font un usage judicieux et obtiennent les résultats correspondant à leurs efforts. Il est clair que ces exemples doivent être mieux connus et valorisés : c'est le rôle des caisses nationales. Elles doivent le jouer plus encore qu'elles ne le font à l'heure actuelle.

Elles doivent par ailleurs ne pas hésiter à tirer les conséquences du comportement pour le moins anormal des dirigeants des caisses dont le laxisme est avéré. Ainsi, certaines caisses ne disposent pas de statistiques permettant d'apprécier l'efficacité du recouvrement ou du travail des huissiers. Une autre procède à la remise automatique des majorations de retard sans les notifier aux cotisants dans le souci "d'améliorer la communication avec les cotisants, de diminuer considérablement les réactions à l'envoi de mises en demeure et de permettre une économie substantielle du coût de l'affranchissement". D'autres encore prohibent toute procédure contentieuse après la mise en demeure.

De telles attitudes sont de nature à mettre en cause la responsabilité des dirigeants.

C - Le suivi de l'action des huissiers

La Cour a souhaité, à de nombreuses reprises, que le suivi de l'action des huissiers soit plus actif en raison des carences malheureusement constatées chez certains de ces officiers ministériels.

La CANAM avait demandé aux OC qu'une convention soit signée avec les huissiers au 1er janvier 1998 afin de formaliser l'ensemble de leurs interventions dans les procédures d'exécution. Cette disposition a été respectée par un grand nombre de caisses. Néanmoins, quelques organismes n'ont fait qu'adresser des lettres circulaires aux huissiers avec qui ils travaillent, sans exiger de leur part des engagements formels. Par ailleurs, en Auvergne, certains huissiers n'ont pas signé le projet de convention proposé.

De plus certaines prescriptions ne sont pas respectées : les visites semestrielles préconisées chez les huissiers sont réduites à une visite annuelle. En revanche, les délais de restitution des fonds encaissés par les huissiers sont en général respectés : il est à souligner cependant qu'ils sont extrêmement généreux (3 semaines pour les paiements en espèces, 6 semaines pour les autres cas selon le décret du 12 décembre 1996).

La Cour avait en outre signalé que les articles 10, 11 et 12 du décret du 12 décembre 1996 précité ayant été annulés par le conseil d'Etat le 5 mai 1999, les conflits nés de l'application de ce texte aux organismes de sécurité sociale, bien qu'ils exercent une mission de service public, devraient trouver leur solution dans un nouveau texte plus clair à cet égard[34] ; ce texte n'a pas encore vu le jour. Quoi qu'il en soit, certains huissiers du département du Cher continuent à prélever les frais liés à leur intervention sur les créanciers en méconnaissance de l'article 32 de la loi du 9 juillet 1991 qui les met bien à la charge du débiteur.

Les comités ont également noté une reprise des procédures de recouvrement forcé à l'encontre des assurés contestataires, malgré les menaces que les huissiers avaient auparavant reçues. Cependant, dans de nombreuses régions et notamment en zone rurale, les huissiers sont peu diligents pour transmettre des informations sur le suivi des dossiers dont ils ont la charge. Dans certaines autres régions, ils multiplient les actes afin d'augmenter artificiellement leurs rémunérations sans contrepartie réelle pour les caisses.

Les comités suggèrent donc de réduire le nombre des huissiers en ne faisant appel qu'aux plus performants. Certaines caisses suivent ces conseils en se séparant des huissiers inefficaces, l'une d'entre elle ayant saisi le Procureur de la République afin qu'une sanction disciplinaire soit prise à l'encontre d'un huissier peu diligent. Dans sa réponse au présent rapport, ORGANIC suggère une réforme de la compétence territoriale des huissiers, qui consisterait à prévoir que leurs actes de justice soient réalisés dans le ressort du tribunal de grande instance de leur résidence et non plus dans celui du tribunal d'instance (les organismes voyant ainsi leurs possibilités de choisir les huissiers les plus performants élargies).

Enfin les caisses veillent au montant des frais de contentieux facturés par les huissiers allant jusqu'au refus de

paiement des honoraires en cas de procédures inutiles.

Quels que soient les régimes en cause, les rapporteurs soulignent l'absence assez générale de tableaux de bord permettant de suivre avec précision l'ensemble des compartiments de l'activité des huissiers. Une méthode simple pourrait consister à exiger des huissiers qu'ils informent spontanément les organismes des différentes procédures diligentées en adressant copie de leurs actes à l'organisme.

La Cour constate à nouveau que ses observations semblent encore ignorées de trop nombreux organismes même si les signes d'une plus grande rigueur dans le recouvrement apparaissent patents. Les résultats obtenus démontrent qu'il est nécessaire de dépasser le fatalisme.

La Cour enfin déplore que dans un domaine qui met en cause l'exercice de la solidarité nationale, l'Etat, et notamment ses autorités déconcentrées, répugnent à coordonner ses actions et celles des caisses et à accorder le concours de son autorité alors que l'ordre public est gravement menacé.

RECOMMANDATIONS

1. Les préfets des départements concernés par la coordination doivent mettre en place les cellules de coordination départementale prévues par les textes et le ministre de l'intérieur le leur rappeler.

2. Les organismes nationaux doivent s'assurer que les caisses locales mettent tous les moyens de recouvrement disponibles en œuvre.

3. Le ministère de la Justice devrait rappeler aux tribunaux des affaires de sécurité sociale les évolutions de jurisprudence de la Cour de Justice européenne et de la Cour de Cassation afin d'éviter la prolongation inutile de contentieux désormais non fondés juridiquement.

4. Les organismes du régime des non salariés non agricoles devraient améliorer le suivi de l'activité des huissiers et demander la mise en cause de la responsabilité disciplinaire de ceux qui sont particulièrement négligents.

Réponse

---

[34] Cf. le rapport de la Cour sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

Sommaire

Section V :
Le recouvrement des cotisations dans le régime agricole

Les cotisations affectées au régime de protection sociale agricole comprennent les cotisations assises sur les salaires, qui financent la protection sociale des salariés agricoles et assimilés (656 147 cotisants actifs en 1998, dont un tiers de salariés assimilés), et les cotisations assises sur les revenus professionnels des exploitants agricoles, qui financent la protection sociale des personnes non salariées agricoles. Ces cotisations sont émises et recouvrées par les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) ; s'agissant de l'assurance maladie des non salariés agricoles (l'AMEXA), pour laquelle prévaut le principe du libre choix de l'assureur, les cotisations sont recouvrées principalement par les caisses de MSA, mais aussi par des organismes assureurs habilités par arrêté ministériel fédérés au sein du groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles (GAMEX)[35]. Au 31 décembre 1998, le taux de restes à recouvrer (CSG inclus) sur les cotisations émises par les caisses de MSA s'établissait globalement à 7,1 %, soit 3,7 % pour les cotisations sur salaires, et 12 % pour les cotisations des non salariés.

A la demande de la Cour, les comités régionaux et départementaux d'examen des comptes de la sécurité sociale (COREC/CODEC) ont procédé au contrôle des modalités de recouvrement des cotisations sociales

agricoles sur un échantillon de 25 caisses de MSA et de 14 bureaux GAMEX, représentant un peu moins du tiers du total des comptes exploitants agricoles et employeurs de main d'œuvre gérés par les organismes de MSA. Parmi ces organismes figuraient certaines des caisses les plus performantes pour le recouvrement des cotisations (celle de l'Aisne, 2 en 1998, ou celle du Pas-de-Calais, 4), et certaines des moins bien classées, dont celles du Lot et Garonne (76ème) et du Gers (80), confrontées à un climat contestataire de la part de leurs adhérents, et celle de Corse, qui enregistrait en 1998 un taux de restes à recouvrer global de 70,2 %, soit 61,9 % sur les salariés et 81,9 % sur les non salariés.

Jusqu'à une date récente, le suivi et l'animation des politiques de recouvrement mises en œuvre par les caisses de MSA ne constituaient pas un objectif prioritaire pour la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA). Ce n'est que dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'Etat que la caisse centrale a souscrit des engagements d'amélioration du taux d'encaissement des cotisations et d'approfondissement des contrôles d'assiette (sur les conventions d'objectifs et de gestion, cf. chapitre X, *infra*, p. 387). Figurant déjà dans la COG de juillet 1997, ces objectifs ont été déclinés de manière opérationnelle dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) négociés en 1999 entre la caisse centrale et les organismes de base pour la période 1999/2001. Pour la plupart, ces documents n'étaient pas encore finalisés au moment des vérifications menées par les COREC/CODEC, qui n'ont pu dès lors procéder à leur évaluation.

I – Le contrôle de l'assujettissement et de l'assiette

Le contrôle constitue la contrepartie indispensable d'un système de recouvrement fondé sur le mode déclaratif. C'est la raison pour laquelle, aux termes de l'article 1246 du code rural, les caisses de mutualité sociale agricole doivent disposer d'un ou plusieurs agents assermentés chargés de contrôler l'application des dispositions relatives au recouvrement des cotisations, et notamment à l'assujettissement et à l'établissement de l'assiette, ainsi qu'au versement des prestations de mutualité sociale agricole. Les vérifications opérées par les COREC/CODEC ont cherché à évaluer l'organisation des services de contrôle, à apprécier la pertinence des objectifs qui leur sont assignés en matière de contrôle d'assiette, et à mesurer l'efficacité de leurs actions. Examinée durant l'exercice 1998 à l'occasion d'un point particulier dont la Cour a rendu compte dans son rapport au Parlement de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la lutte contre le travail dissimulé n'a pas été à nouveau évoquée lors de ces vérifications.

A - L'organisation des services de contrôle

Les comités ont observé une grande diversité d'organisation des services de contrôle. Certaines caisses isolent cette mission au sein d'un service spécifique, tandis que d'autres la rattachent à une entité plus large assurant des missions de relations extérieures d'accueil, d'animation et de conseil. Ces activités annexes de conseil et d'animation pouvant dans certains cas représenter une charge de travail importante, le temps que les agents assermentés consacrent aux contrôles d'assiette apparaît dès lors très disparate d'une caisse à l'autre..

L'assignation aux agents assermentés de tâches multiples et aussi difficilement conciliables que les missions de vérification d'assiette et les activités de conseil voire d'animation de comités cantonaux d'élus (caisse de l'Eure) paraît pourtant préjudiciable à un exercice crédible et efficace du contrôle[36]. C'est la raison pour laquelle la caisse centrale, conformément aux engagements figurant dans la COG, a mis à la disposition des caisses de base une méthodologie de renforcement des services de contrôle spécialisés, à l'exclusion des missions d'animation et de conseil. La mise en œuvre effective de ces orientations par les caisses de MSA devra être évaluée.

Enfin, s'agissant du nombre des contrôleurs assermentés présents dans les caisses, les différences constatées ne semblent pas procéder d'une logique apparente, puisque ce nombre n'apparaît pas toujours corrélé aux montants des assiettes globales et des cotisations émises : ainsi les caisses de l'Aisne (713 MF de cotisations – hors CSG – émises en 1998) et de la Creuse (172 MF de cotisations en 1998) disposent du même nombre de contrôleurs. Il conviendrait sans doute de réfléchir à une définition homogène des missions des contrôleurs, et à une meilleure adéquation de leur nombre aux besoins.

B - La programmation des actions de contrôle

Les COREC/CODEC ont en général relevé l'absence de définition d'une politique de contrôle dans les caisses vérifiées. Seules quatre caisses avaient ainsi dégagé des axes de contrôle, au demeurant partiels et imprécis.

Quant à l'assignation d'objectifs quantifiés aux agents de contrôle, elle n'était effectuée que dans cinq caisses – d'ailleurs différentes, à une exception près, de celles évoquées à la ligne précédente. Dans les autres cas, les vérifications étaient opérées en l'absence de toute stratégie formalisée, en fonction de demandes d'enquête ponctuelles du service recouvrement, sans aucune analyse des secteurs et entreprises à risque.

Afin de combler ces lacunes, la négociation des CPG en 1999 s'est accompagnée de l'élaboration, pour chacune des caisses, d'un plan de contrôle approuvé par le conseil d'administration, la caisse centrale diffusant à cette occasion un programme type proposant la détermination d'un certain nombre d'axes et de cibles de contrôle[37]. Pour devenir réellement opérationnels et mobilisateurs, ces plans devront cependant se traduire par des objectifs chiffrés associés à des indicateurs de suivi : or ceux-ci ne seront disponibles qu'au second semestre 2000, de sorte que la réalisation des objectifs ne pourra être évaluée qu'ultérieurement.

C - L'efficacité des contrôles réalisés par les caisses de mutualité sociale agricole

Conséquence de l'absence de programmation des actions, l'insuffisance de suivi des résultats des contrôles empêche de procéder à des comparaisons valides entre les pratiques des organismes. Un certain nombre de constats se dégagent néanmoins des rapports des comités.

Le nombre de contrôles des déclarations de main d'œuvre, qui servent de base aux cotisations prélevées sur les salaires, reste peu important et très variable d'une caisse à l'autre. Si l'ensemble des caisses procèdent à un contrôle informatisé de la cohérence entre les informations fournies par l'employeur et les minimums salariaux applicables, sans assurer d'ailleurs, à deux exceptions près, le suivi de la fréquence et du montant des redressements ainsi opérés, ces contrôles administratifs ne sont que faiblement complétés par des contrôles sur place. Calculé sur un échantillon de quatorze caisses ayant communiqué des données exploitables, le taux moyen de contrôle sur place des employeurs était en 1998 de 5,8 %, ce qui recouvrait des résultats très dispersés, allant de moins de 1 % (caisse du Gers[38]) à près de 20 % (caisse de Corse, où ce niveau élevé fait suite à une période de faible intensité des contrôles). Une dispersion plus grande encore s'observait dans les taux de redressements consécutifs aux contrôles, traduisant des différences de ciblage et sans doute d'efficacité des vérifications. Cette disparité, au-delà du contraste des performances, fait apparaître une situation d'inégalité des cotisants devant le contrôle.

Le contrôle des déclarations de revenus professionnels, qui constitue l'assiette des cotisations des non salariés, reste lui aussi limité, en dépit de la norme minimale de 10 % imposée par la circulaire du ministre de l'agriculture du 12 février 1991. Ce contrôle est d'ailleurs de difficulté inégale, selon qu'il s'exerce sur des déclarations formulées par des exploitants soumis au régime du forfait, qui peuvent faire l'objet d'une vérification administrative de cohérence entre le montant déclaré et l'avis d'imposition, ou sur celles formulées par des exploitants soumis au régime d'imposition réel, dont la vérification nécessite au minimum la consultation des liasses fiscales et le rapprochement avec l'administration des impôts. Calculé sur un échantillon de treize caisses, l'ensemble des contrôles par rapprochement des services fiscaux et déplacement sur place représentait 7,6 % des comptes en 1998, moyenne qui recouvrait des situations diverses, dues notamment aux différentes structures d'imposition (c'est-à-dire aux différentes parts respectives du forfait et réel), allant de 3 % dans le Doubs à 11 % dans le Haut-Rhin. La moyenne du taux de redressements consécutifs aux contrôles était quant à elle de 27,5 %.

II - Le suivi insuffisant des procédures de recouvrement

D'une façon générale, les CODEC/COREC ont constaté dans les organismes vérifiés l'inexistence d'une véritable stratégie de recouvrement. Les différentes procédures de recouvrement amiable et forcé examinées ci-après sont en effet mises en œuvre en l'absence de toute analyse de leur efficacité respective à partir de la mesure de leurs résultats.

A - l'importance de la phase amiable

1. La lettre de rappel amiable

En cas de défaut de versement des cotisations à la date limite de paiement, l'ensemble des caisses et des organismes GAMEX vérifiés par les COREC/CODEC procèdent à l'envoi d'une lettre de rappel amiable (LRA). Certains organismes font suivre ou précéder l'envoi de cette lettre d'un appel téléphonique, soit

systématiquement, soit uniquement pour les primo-débiteurs. Les caisses de MSA sont également nombreuses à faire suivre l'envoi de cette lettre d'une visite sur place par les agents de contrôle.

Calculée sur un échantillon de dix-sept caisses ayant fourni des données exploitables, la proportion des comptes gérés par les MSA ayant fait l'objet en 1998 d'une LRA se montait à 37 % ; pour les organismes GAMEX, ce taux était de 29 % (échantillon de neuf organismes). Ces moyennes recouvraient des pratiques sensiblement différentes ; en particulier, dix caisses (sur les dix-sept) n'envoient pas de rappel amiable pour les retards de paiement des cotisations sur salaires, mais ont directement recours à la mise en demeure. Calculé sur les mêmes échantillon, le délai moyen d'envoi des LRA était de 34 jours pour les caisses de MSA et de 26 jours pour les bureaux GAMEX.

La plupart des caisses ignorent l'efficacité réelle des actions amiables qu'elles entreprennent, puisqu'elles ne suivent pas le montant des créances soldées après envoi d'une LRA. Seules cinq des vingt-cinq caisses vérifiées par les COREC/CODEC ont en effet été en mesure de fournir ces montants, dont le rapport au total des créances ayant fait l'objet d'une LRA fait ressortir des taux d'efficacité variables, oscillant entre 10 et 40 %. L'efficacité des procédures paraît mieux suivie par les assureurs du GAMEX, puisque dix des quatorze organismes vérifiés ont été en mesure de fournir le montant des créances soldées, dont il ressort un taux d'efficacité moyen de 39 % (les extrêmes se situant à 28 % et 50 %).

2. Les échéanciers de paiement

Le rééchelonnement du versement des cotisations constitue une pratique courante des organismes vérifiés. Ceux-ci peuvent octroyer des échéanciers de paiement soit de leur propre initiative, soit dans le cadre du dispositif national "agriculteurs en difficulté" (échéanciers "AGRIDIF", qui ont représenté environ le tiers du total des accords d'étalement intervenus en 1998 dans les organismes vérifiés). Calculée sur un échantillon de dix-neuf caisses ayant fourni des données exploitables, la part des comptes exploitants agricoles à avoir fait l'objet d'un échéancier en 1998 était de
2,6 %.

Justifié s'il permet un paiement plus rapide et plus sûr que l'engagement d'une procédure contentieuse, l'octroi d'un échéancier ne doit cependant pas déboucher sur le soutien abusif de débiteurs chroniques ou d'exploitants cherchant à bénéficier d'une meilleure souplesse de trésorerie, d'autant plus grande que la remise des majorations de retard est alors systématiquement accordée. Même si les COREC/CODEC, dans le cadre restreint de leurs vérifications, n'ont pas relevé de tels abus, il reste que les procédures d'octroi d'échéanciers qu'ils ont recensées s'avèrent pour la plupart insuffisamment sélectives pour écarter totalement la réalisation de ces risques. A quelques rares exceptions près, aucune caisse ne se donne en effet véritablement les moyens d'effectuer une analyse financière au cas par cas de la solvabilité des cotisants.

B - Les procédures de recouvrement forcé

1. La mise en demeure

La mise en demeure (MED) constitue le préalable obligatoire à la mise en œuvre des prérogatives de puissance publique ; son envoi marque ainsi le départ de la computation des délais de prescription de l'action en recouvrement forcé. La part des mises en demeure dans les comptes gérés par dix-huit caisses de l'échantillon se montait à 29 %, ce qui est significatif du degré de résistance au paiement des cotisations ; pour les bureaux GAMEX, ce taux était de 11 % (échantillon de onze organismes).

Le délai moyen séparant la date limite de paiement et l'envoi de la MED était en 1998 de 70 jours dans les caisses (échantillon de vingt organismes), et de 56 jours dans les bureaux GAMEX (échantillon de onze organismes). Seules six caisses ont été en mesure d'indiquer le ratio des créances faisant l'objet d'une MED sur le montant des restes à recouvrer à l'exigibilité ; il en ressort un taux de 35 %. Il faut cependant faire état d'une forte dispersion des résultats, puisque cette proportion se montait par exemple aux deux tiers dans le Lot et Garonne.

Enfin, il faut relever que seules trois caisses ont été en mesure de fournir le montant des créances soldées après envoi d'une MED, contre neuf organismes GAMEX, ce qui démontre une nouvelle fois l'absence de suivi des procédures de recouvrement par les caisses de MSA.

2. la mise en œuvre des prérogatives de puissance publique

En cas de retard de paiement ou de défaut de transmission des déclarations réglementaires, des **majorations et pénalités de retard** sont signifiées. Le pouvoir d'infliger de telles sanctions financières constitue une importante prérogative dévolue aux organismes de MSA pour accélérer et améliorer le recouvrement des cotisations émises. Une pratique trop tolérante en matière de remise des majorations et pénalités pourrait cependant nuire à la crédibilité de la politique de recouvrement forcé des organismes. A cet égard, si l'on pouvait relever un risque de remise trop systématique en 1996, où, calculé sur un échantillon de dix caisses, le taux de remise s'établissait à 41 % des majorations et pénalités émises, ce risque paraît s'être réduit en 1998, le taux de remise étant passé sur le même échantillon à 16 %, et les COREC/CODEC notant un mouvement général de durcissement des critères de remise. Il reste que, comme déjà mentionné ci-dessus, la plupart des caisses remettent automatiquement les majorations de retard en cas d'échéanciers de paiement, ce qui s'assimile à l'octroi d'un crédit gratuit dont le coût est supporté par la caisse seule, et fait disparaître l'effet dissuasif attaché aux majorations et pénalités.

Les **contraintes** émises par les organismes de MSA et signifiées par voie d'huissier comportent, à défaut d'opposition du débiteur, tous les effets d'un jugement. Pour un échantillon de seize caisses, elles représentaient en 1998 environ 10 % des comptes, contre 1 % pour les assureurs du GAMEX (échantillon de neuf organismes). Seules huit caisses ont été en mesure d'indiquer le délai s'écoulant entre la date limite de paiement et la signification de la contrainte, et entre celle-ci et l'envoi de la MED ; il en ressort un délai moyen de 291 jours après la date limite de paiement, et de 166 jours après la MED. Comme pour les autres procédures de recouvrement, le suivi de l'efficacité de la contrainte n'est pas assuré de façon satisfaisante par les caisses, ce qui est d'autant plus regrettable qu'il s'agit d'une importante prérogative de puissance publique nécessitant l'intervention des huissiers. Or les relations avec ces derniers font rarement l'objet d'une politique active de la part des caisses : seules trois caisses parmi celles vérifiées disposaient ainsi de convention ou de cahier des charges avec les huissiers dont elles utilisent les services, et très peu ont été en mesure d'indiquer le délai de paiement des cotisations aux huissiers après signification de la contrainte, non plus que les délais qui s'écoulent entre la récupération des créances par l'huissier et l'inscription des sommes au crédit de la caisse, ni *a fortiori* le coût de trésorerie qui en résulte.

Les organismes de MSA peuvent également utiliser la **procédure d'opposition à tiers détenteur (OTD***)*, qui permet de faire opposition, à concurrence des cotisations dues, sur les fonds détenus pour le compte des débiteurs par tous les tiers détenteurs[39]. A l'exception de trois organismes, toutes les caisses vérifiées par les CODEC ont eu recours à cette procédure en 1998, alors que les bureaux GAMEX n'étaient que trois à l'utiliser. Calculée sur un échantillon de quatorze caisses, la part des comptes exploitants agricoles ayant fait l'objet d'une OTD se montait en 1998 à 1,6 %. Les OTD sont majoritairement adressées aux banques et aux offices interprofessionnels, la procédure se révélant efficace dans les deux tiers des cas selon les onze caisses à avoir communiqué des données chiffrées.

3. les procédures juridictionnelles

Les caisses de MSA et les organismes du GAMEX peuvent déférer le cotisant qui s'est mis en situation irrégulière **devant les juridictions pénales ou civiles**. En pratique, très peu forment des recours devant les juridictions répressives, les quelques cas recensés concernant uniquement le délit de rétention de précompte. En matière civile, les recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale sont très majoritairement introduits par les cotisants eux-mêmes, principalement pour des cas d'opposition à contrainte.

Autre procédure juridictionnelle ouverte aux caisses de MSA, le **règlement amiable agricole** (art. L. 351-1 du code rural) permet l'établissement d'un plan de règlement conclu entre l'exploitant en difficulté et ses principaux créanciers sous l'égide d'un conciliateur désigné par le président du tribunal de grande instance. Cette procédure, qui constitue souvent l'ultime étape avant l'assignation en redressement judiciaire, reste peu utilisée, les CODEC ayant recensé dix caisses faisant état de 74 procédures en 1998. Là encore, le montant des créances récupérées grâce au règlement amiable n'est qu'exceptionnellement suivi par les caisses. Enfin, dès lors qu'il y a constatation de l'état de cessation de paiement, les organismes de MSA peuvent déclencher des procédures de **redressement et de liquidation judiciaires**. Au niveau national, les créances dues par des adhérents faisant l'objet d'un redressement ou d'une liquidation judiciaires se montaient à 3 MdF.

SYNTHESE ET RECOMMANDATION

Les vérifications opérées par les COREC/CODEC en 1999 sur le recouvrement des cotisations sociales agricoles font ressortir deux points principaux. D'une part, les contrôles d'assiette sont presque toujours effectués en l'absence de toute programmation d'actions et d'objectifs quantifiés qui seraient assignés aux contrôleurs et évalués sur la base d'indicateurs de suivi systématiquement établis. De surcroît, l'organisation et l'exercice de ces contrôles apparaissent très disparates entre les caisses, ce qui risque d'engendrer une inégalité de traitement entre cotisants.

D'autre part, les différentes procédures de recouvrement amiable et forcé qui sont à la disposition des organismes de MSA sont le plus souvent mises en œuvre indépendamment de toute analyse permettant de déterminer et de comparer leur efficacité. Trop peu de caisses ont pu indiquer le montant des créances soldées après utilisation de chaque procédure, le suivi paraissant mieux assuré dans les bureaux GAMEX, qui gèrent il est vrai un nombre de comptes cotisants beaucoup plus restreint. Les organismes de MSA ne sont donc pas en mesure d'adapter leurs actions de recouvrement amiable ou forcé – et notamment les plus coûteuses, comme l'étalement des paiements ou l'émission d'une contrainte – en fonction du montant des créances et de nature des débiteurs, dès lors que l'efficacité des procédures ne fait pas l'objet d'une évaluation systématique.

Les engagements figurant dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre le régime agricole et l'Etat pour la période 1999-2001 paraissent de nature à remédier à ces constats. Les contrats pluriannuels de gestion des caisses de base marquent également un progrès puisqu'ils comportent des engagements d'amélioration du recouvrement ainsi que l'adoption de plans de contrôle. Il convient désormais que le régime se dote rapidement, sous l'impulsion de la caisse centrale, des outils de pilotage et de suivi nécessaires, en développant notamment le suivi systématique d'indicateurs de coûts et de résultats.

RECOMMANDATION

Asssurer la mise en oeuvre et le suivi des dispositions de la COG, notamment le contrôle de l'assiette.

Réponse

---

[35] Au nombre de 31, les organismes assureurs habilités (art. 1106-9 du code rural), comprennent des caisses d'assurances mutuelles agricoles (mutualité 1900), des sociétés mutualistes ou tout autre organisme d'assurance habilité.

[36] La caisse de l'Eure vient de remédier à cette situation. Cf. sa réponse dans le présent rapport

[37] Parmi lesquelles, par exemple, "les exploitants dont les déclarations de revenus présentent d'importantes variations d'une année à l'autre, ou ceux ayant déclaré des déficits au cours des trois dernières années".

[38] Le CPG de la caisse de MSA du Gers fixe un "objectif de contrôle trimestriel exhaustif des déclarations de 10 % des employeurs avec pour conséquence un contrôle de l'ensemble des employeurs sur une durée de 30 mois" (réponse de la caisse au rapport du CODEC).

[39] Malgré l'incertitude qui pouvait initialement résulter des prises de position de la Commission européenne, les aides compensatoires versées au titre de la politique agricole commune peuvent faire l'objet d'une opposition à tiers détenteur (CJCE, 18/05/1998, *Jensen*).

CHAPITRE X

Sommaire

La gestion des branches et des organismes

Les ordonnances de 1996 ont introduit de profonds changements dans la gestion des organismes de sécurité sociale, soit tout à fait nouveaux, soit dans le prolongement d'évolutions antérieures. Ce chapitre étudie, quatre ans après leur instauration, l'application et les conséquences effectives de deux de ces changements : la gestion par conventions, la gestion des agents de direction.

Les relations entre l'Etat et les branches (caisses nationales) d'une part, et, au sein des branches, entre les caisses nationales et les organismes de base d'autre part, sont désormais régies par des contrats : des "conventions d'objectifs et de gestion" (COG), pour le premier niveau, articulées avec des "contrats pluriannuels de gestion" (CPG) pour le second, ont été signés, pour trois ans. Ils définissent des objectifs, des modalités d'action, des indicateurs, etc.

La Cour a examiné toutes ces conventions. Elle présente dans ce chapitre une synthèse de ses constatations, en l'illustrant d'exemples tirés de ces conventions

Maîtrise des coûts de gestion et réduction de leurs disparités entre organismes de base, amélioration de la qualité du service rendu aux usagers sont les deux principaux volets de ces conventions et contrats. Sur le premier, les résultats sont assez décevants, les objectifs ayant été définis sur des bases trop élevées et étant de ce fait trop peu contraignants et mobilisateurs. Sur le second, le jugement est plus positif, même s'il est divers : le service (accueil, exactitude et rapidité du versement de la prestation, …) est amélioré dans certains cas, dans certaines branches. Mais l'essentiel n'est sans doute pas dans ces conséquences directes, qu'elles soient sensibles ou non. Il réside dans le fait que ce mode de relation entre les structures -Etat, caisse nationale, organismes locaux- introduit des modalités de travail, des réactions, des habitudes nouvelles : celles du diagnostic, du dialogue, de l'engagement, de l'évaluation des résultats. Les campagnes à venir des COG et CPG devraient alors être mieux conduites, illustrant l'émergence de cette nouvelle culture.

Un peu moins de 1 % des effectifs des organismes de la sécurité sociale -soit environ 1700 personnes- sont agents de direction : directeur de caisse, adjoint, agent comptable, sous-directeur. Ici comme dans les autres organisations, la gestion de ce groupe d'hommes et de femmes est capitale. De leurs compétences, de leurs qualités professionnelles dépend la réalisation des objectifs fixés dans la loi de financement de la sécurité sociale et déclinés dans les conventions d'objectifs et de gestion. C'est pourquoi la Cour a examiné si les conditions de recrutement et de gestion des agents de direction de la sécurité sociale garantissent les qualités professionnelles attendues d'eux dans un contexte de plus en plus exigeant. Des réformes importantes ayant en outre été introduites dans ce domaine par le "plan Juppé", il convenait d'étudier leur effet.

Les progrès, en particulier en matière de nomination, sont sensibles depuis les ordonnances de 1996 : une liste d'aptitude, un comité des carrières, une responsabilité accrue des directeurs des caisses nationales dans le choix de ces agents de direction sont de bonnes orientations, qui ont été appliquées. Reste que l'évaluation de ces personnes est encore trop embryonnaire, et, encore plus, les conséquences qu'on en tire. L'ouverture sur l'extérieur est également insuffisante : les agents de direction sont trop exclusivement recrutés parmi les cadres de la sécurité sociale. Enfin, nombre d'entre eux dirigent ou sont les agents comptables de plusieurs caisses, par exemple une CPAM et une URSSAF, ce qui pose le problème de ces petites structures. Il est nécessaire de profiter du grand renouvellement des agents de direction, à partir de 2003-2005 pour, en les préparant avant avec soin et détermination, apporter des évolutions sensibles sur ces différents points.

Section I :
Bilan des conventions d'objectifs et de gestion

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale a prévu la conclusion de conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale[190]. L'objectif recherché, à travers une telle contractualisation, était de clarifier le partage des responsabilités et les relations entre l'Etat et les branches ou régimes, et de progresser vers une meilleure organisation de branche en renouvelant les rapports entre les caisses nationales et leurs organismes de base,

par la mise en oeuvre d'une démarche contractuelle du type objectifs/résultats.

Dans son rapport au Parlement de septembre 1998 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour a déjà analysé, peu de temps après leur signature, la nature et la portée des COG conclues avec les caisses du régime général ; elle tente cette année de dresser un bilan de l'application de l'ensemble des COG négociées avec les caisses nationales de sécurité sociale, sur un plan méthodologique, en ce concentrant sur le versant « caisse » (et non « Etat ») de ces conventions, ainsi qu'à travers l'analyse de deux objectifs majeurs inscrits dans l'ensemble des COG : la maîtrise des coûts de gestion et l'amélioration de la qualité de service.

Cette synthèse transversale est prolongée par un examen spécifique pour les deux branches famille et retraite : prolongement direct lorsqu'est approfondie leur relation avec l'usager (chapitre suivant, *infra*, p. 439), indirect lorsque sont étudiés les systèmes informatiques et d'information grâce auxquels elles versent leurs prestations (chapitre XII, *infra*, p. 457).

I – Un nouvel instrument de gestion

L'introduction des conventions d'objectifs et de gestion avait pour ambition de rénover à la fois les relations entre l'Etat et les caisses de sécurité sociale dans le cadre de l'exercice de la tutelle, et celles qui s'établissent entre les organismes de base et les caisses nationales responsables de l'animation du réseau. Le dispositif contractuel national devait en effet être relayé au plan local, l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoyant que la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion ferait l'objet de contrat pluriannuels de gestion (CPG) conclus entre les caisses nationales et leurs caisses locales

A - Les relations entre l'Etat et les branches

La négociation des conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale a permis, dans la majorité des cas, une clarification des responsabilités entre les partenaires, exercice jusqu'alors peu pratiqué et jamais formalisé. Cet effort n'a cependant pas toujours permis de tracer une ligne de partage claire et incontestée, principalement dans le cas de l'assurance maladie, où l'exercice était particulièrement délicat, ce qui a laissé subsister des champs de responsabilité conjointe nombreux et étendus. Dès la première année d'exécution de la convention, le conseil de surveillance chargé d'examiner les conditions de mise en œuvre de la COG dressait le constat d'une persistante confusion des responsabilités et appelait de ses vœux une "nécessaire clarification". Les débats suscités par le plan stratégique présenté par la CNAMTS à l'été 1999 ont à nouveau illustré la nécessité d'une répartition plus précise des compétences, que la loi de financement pour 2000 a tenté d'opérer dans des conditions qui devront être évaluées.

Les relations entre l'Etat et les caisses de sécurité sociale devaient également être renouvelées par l'évolution vers un "exercice plus stratégique de la tutelle", comme le stipule la COG de la MSA. Les modalités traditionnelles d'exercice *a priori* de la tutelle, dont le principe a été maintenu, ont fait l'objet d'assouplissements. Publiée tardivement au regard des engagements souscrits par l'Etat dans les COG, la circulaire du 17 décembre 1998[191] a ainsi allégé la tutelle budgétaire et financière qui s'exerce sur les caisses nationales du régime général, établissements publics à caractère administratif, en facilitant notamment les virements de crédits et en fixant les états limitatifs des effectifs en équivalents temps plein et non plus en postes budgétaires.

A l'échelon territorial, la circulaire du 28 mai 1997 relative aux missions des DRASS dans le domaine de la protection sociale a organisé le recentrage des différents contrôles effectués par ces dernières sur les organismes de sécurité sociale autour du "pôle fédérateur" de l'évaluation des COG. Cette réorientation, qui a laissé subsister le contrôle de légalité *a priori*, s'est traduite par l'introduction d'une plus grande sélectivité dans certains types de contrôle, comme celui des décisions de recours amiable, ou par un allégement de certaines procédures (agrément, consultations électorales…). En revanche, l'accent a été mis sur l'évaluation *a posteriori* de l'efficacité et des résultats des organismes de sécurité sociale, notamment à travers le bilan d'exécution des COG de la CNAF et de la CNAMTS à l'échelon local. Cette évaluation, qui n'a pour l'instant été conduite de manière exhaustive que pour les branches famille et maladie du régime général, doit donner lieu à une synthèse nationale dont il conviendra de tenir compte pour l'élaboration de la prochaine COG.

B - Les relations entre caisse nationale et organismes locaux

Symétriquement, les relations entre les caisses nationales et leurs organismes de base ont été formalisées dans des contrats pluriannuels de gestion déclinant en objectifs opérationnels les orientations de la COG. Si la dynamique insufflée par ce processus de contractualisation paraît indéniablement positive, dans la mesure où elle a permis aux caisses nationales d'asseoir plus fermement leur position de tête de réseau et d'approfondir leur connaissance de ce dernier, elle reste encore modeste, au moins pour deux raisons.

D'une part, dans la plupart des branches, les CPG entre les organismes de base et la caisse nationale ont été conclus sur la base d'une convention-type[192] ne ménageant que peu d'espace aux négociateurs pour tenir compte des spécificités locales : l'évaluation des CPG des CPAM menée à l'été 1999 par les DRASS fait ainsi ressortir la déception des caisses primaires devant une démarche dont le principe reste jugé favorablement mais dont la pratique s'est réduite à un contrat d'adhésion imposé et uniforme. De même, dans la branche famille, le socle de service institutionnel qui a servi de base à l'élaboration des CPG n'a que rarement été modulé en fonction des spécificités locales, et toujours afin d'en atténuer le degré d'exigence à cause d'un environnement jugé délicat. D'une façon générale, à l'exception de l'ACOSS, il faut relever d'ailleurs relever l'insuffisance des diagnostics préalables sur la situation des caisses, qui auraient sans doute permis une meilleure adaptation des contrats aux spécificités locales et une plus grande personnalisation des engagements souscrits par les caisses. Pour les branches et régimes dont le réseau est important, il est cependant illusoire de prétendre conclure des contrats personnalisés avec l'ensemble des organismes. Deux instruments contractuels pourraient dès lors être distingués : l'un fixant les objectifs découlant de la COG et donc homogènes pour l'ensemble des organismes de la branche, assortis d'indicateurs de résultats ; et l'autre plus personnalisé, qui serait fondé sur un diagnostic approfondi et chercherait à remédier aux principales difficultés des organismes, distinguant en particulier plusieurs catégories : caisses les plus chères ou les plus grandes, caisses confrontées à une importante modification de situation ou à un changement de direction,…

D'autre part, indépendamment de la pertinence, du volontarisme ou de la timidité des objectifs fixés et de la qualité des indicateurs de suivi mis en place, questions qui seront évoquées aux points suivants à propos de la qualité de service et de la maîtrise des coûts de gestion, il faut constater que les mécanismes d'incitation à l'atteinte des objectifs figurant dans les COG n'ont pas été mis en œuvre. Deux éléments devaient concourir à cette incitation : l'intéressement des personnels et la réattribution des excédents de gestion aux organismes de base. Les COG des quatre caisses du régime général comportaient ainsi des stipulations similaires où elles s'engageaient, en association avec l'Etat et l'UCANSS, à étudier la possibilité d'un intéressement des personnels à l'atteinte des objectifs ; dans les faits, cette réflexion n'a pas véritablement débouché. En revanche, les régimes des non salariés, CANAM et ORGANIC, ont davantage progressé sur le sujet. La CANAM a par exemple négocié un contrat d'intéressement entré en vigueur au 1er janvier 1999 pour la période 1999-2001. L'enveloppe nationale d'intéressement, calculée par application d'un coefficient de performance nationale dans la limite de 2 % de la masse salariale, est répartie entre les caisses en fonction de leurs résultats[193], une prime d'un même montant étant distribuée à chaque agent. Les primes moyennes se sont ainsi montées à 3 923,27 F en 1998 et à 2 762 F en 1999, année pour laquelle une diminution du taux de réalisation des objectifs a été constatée. Il est encore difficile d'évaluer à ce stade les effets incitatifs de ce dispositif ; on peut cependant relever que si, sur les deux dernières années, l'écart entre la prime la plus basse et la plus haute est de 1 à 5, le système permet l'attribution de primes à l'ensemble des caisses, quels que soient les résultats affichés.

Quant aux dispositifs de rétrocession des excédents de gestion en fonction des performances des caisses, ceux qui ont été mis en place ne sauraient constituer de levier réellement incitateur, dans la mesure où le principe qui continue à prévaloir est, sauf exception, celui de l'automaticité. Outre la mutualisation au niveau de la branche de la fraction des excédents supérieure à 5 % du crédit de référence, utilisée pour financer diverses dépenses d'intérêt commun, la COG de la CNAF a ainsi prévu de conditionner le reversement de 50 % du montant restant à l'atteinte des objectifs. Or au titre de 1997, l'objectif de référence était le paiement au 5 du mois, engagement en pratique tenu par l'ensemble des caisses qui ont donc toutes obtenu le report intégral de leurs excédents. Au titre de 1998, deux engagements supplémentaires –traitement des dossiers dans un délai de trois semaines et envoi quadrimestriel d'une revue d'information générale aux allocataires– ont été pris en compte ; leur combinaison aboutissant à écarter du bénéfice du report 46 caisses, c'est sur la base des engagements pris par les caisses pour atteindre ces objectifs –et en pratique sur la seule présentation des mesures correspondantes par les caisses elles-mêmes– et non pas sur le degré effectif d'atteinte des objectifs, que la CNAF a procédé à la restitution intégrale des excédents. Une telle pratique vide naturellement le dispositif de toute valeur incitative.

Dans la branche maladie, le droit au report est automatique à hauteur de 70 % des crédits non consommés, sauf pour les excédents dégagés sur les frais de personnel dont seul le tiers est reporté. Les fractions non reportées sont mutualisées au niveau de la branche où elles constituent une enveloppe affectée, aux termes de l'annexe financière de la COG, "à renforcer les moyens des caisses et à mettre en œuvre une politique d'intéressement". Les principes de redistribution n'ayant pas été définis, cette enveloppe a jusqu'à présent été utilisée uniquement pour financer des embauches à durée déterminée liées à la montée en charge de SESAM VITALE.

II – L'encadrement des coûts de gestion

Pour assurer la rigueur de la gestion administrative, les COG des différentes caisses nationales encadrent l'évolution pluriannuelle des budgets des fonds de gestion administrative et comportent des engagements de réduction des écarts de coût entre organismes de base.

a - L'enveloppe globale des fonds de gestion administrative

Dans son rapport au Parlement de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour avait déjà relevé le surdimensionnement du budget de la branche maladie du régime général manifesté par l'important cumul des excédents de gestion reportés d'un exercice à l'autre. Ce phénomène n'est pas propre à la CNAMTS. La pluriannualisation des moyens, antérieure aux COG puisqu'elle remonte selon les organismes considérés à la fin des années 80 ou au début des années 90[194], ne s'est pas accompagnée de la mise en place d'une procédure budgétaire contradictoire avec les tutelles suffisamment efficace pour garantir l'adéquation des dotations aux besoins des branches. Aucune analyse approfondie des évolutions de charge et des gains de productivité attendus dans les différents régimes ou branches n'a d'ailleurs été effectuée préalablement à la négociation des COG.

Dans ces conditions, c'est à partir d'un cadrage global de stabilisation voire de légère décrue des effectifs que la détermination des budgets pluriannuels des fonds nationaux de gestion administrative s'est opérée, par reconduction des enveloppes antérieures, affectées d'abattements plus ou moins importants mais toujours insuffisants pour procéder à un réel "rebasage". Ainsi, pour la branche maladie du régime général, la base de référence du budget pluriannuel 1997-1999 a-t-elle été constituée par le budget ouvert pour 1996, et non par l'exécution budgétaire de l'exercice : déjà critiquable dans le principe, ce choix restait acceptable dans la mesure où le budget 1996 avait fait l'objet d'importants abattements dans le cadre des économies incluses dans le "plan Juppé". Le report au budget 1997 de la quasi intégralité du montant cumulé des crédits non consommés des exercices antérieurs[195] a toutefois invalidé cette relative rigueur. La modération des taux de progression appliqués aux différentes catégories de dépenses[196] a dès lors été impuissante à compenser la surestimation de la base et à enrayer le mécanisme cumulatif des reports d'excédents. L'effet "boule de neige" du cumul s'est même amplifié sur la période, puisque dès 1997, le total des crédits non consommés au titre de l'exercice et reportés au budget 1998 s'établissait à 2 MdF, notamment du fait des décalages dans la montée en charge de SESAM Vitale, et atteignaient 2,9 MdF en 1998, reportés au budget 1999, soit 8,7 % du budget initial pour 1999.

Dans la branche famille, la base de référence du budget pluriannuel du fonds national de gestion administrative déterminé par la COG a correspondu aux dépenses exécutées de l'exercice 1996 majorées de 1 % et auxquelles s'est ajouté, comme dans le cas de la branche maladie, le report des crédits non consommés de 1996. Au total, l'écart entre le budget rectifié de 1997 et le budget exécuté de 1996 s'est ainsi établi à 7,7 %. Là encore, malgré l'application de taux d'évolution décroissants –2,2 % de 1997 à 1998, 1,6 % de 1998 à 1999 et 1,1 % de 1999 à 2000–, la marge budgétaire laissée à la branche est restée importante, ce que manifestent la faiblesse des taux d'exécution des dépenses et l'élévation du montant des excédents cumulés (440,2 MF en 1997, soit 6,0 % du budget initial ; 706,1 MF en 1998 soit 9,3 % du budget ; et 857 MF en 1999, soit 11,1 % du budget).

La situation est similaire pour la CANAM. S'agissant des frais de personnel, la base de référence retenue pour le plan budgétaire pluriannuel 1998-2001 annexé à la COG est supérieure de 6,1 % à l'exécution budgétaire pour 1997, cette enveloppe étant ensuite actualisée annuellement par application d'un taux de 1,76 %. Quant aux autres dépenses de fonctionnement, leur base de référence, maintenue en francs courants chaque année d'application de la convention, a été fixée à un niveau supérieur de 2,5 % à l'exécution budgétaire 1997.

b - l’attribution des dotations aux organismes

L’insuffisante rigueur observée dans la détermination de l’enveloppe globale se retrouve, malgré les engagements des COG en matière de maîtrise des coûts, dans la détermination des budgets des caisses nationales et des organismes de base que financent les fonds nationaux de gestion administrative.

1. Les budgets des caisses nationales

Les budgets des caisses nationales sont le plus souvent surestimés par rapport à leurs besoins. Manifesté depuis plusieurs années par la faiblesse récurrente des taux d’exécution de dépenses enregistrés par la plupart des établissements publics, ce phénomène n’a que partiellement été corrigé lors de la négociation des COG. Si les taux d’évolution retenus dans les annexes financières aux COG déterminant de manière pluriannuelle le budget des caisses nationales paraissent modérés, il faut là encore déplorer l’insuffisance du "rebasage" préalable, laissant subsister une importante surestimation des dotations. Le taux d’exécution budgétaire de la CNAMTS par exemple, qui était de 80,8 % en 1996, est resté à un niveau de 76,1 % en 1998 et de 84,5 % en 1999. Celui de la CNAF a été de 82,4 % en 1997 et de 80,2 % en 1998.

Le protocole budgétaire associé à la COG de l’ACOSS a également laissé à l’Agence une marge financière importante et peu justifiée. Alors que la base de référence pour les exercices 1998 à 2001 devait être constituée par les dépenses exécutées en 1997, la négociation budgétaire entre les tutelles et l’ACOSS a en fait été menée sur la base d’une projection de celles-ci, à hauteur de 285,6 MF, soit plus de 13 % par rapport aux dépenses effectivement réalisées en 1997. Déjà majorés du coût en année pleine des mesures nouvelles acquises en 1997 (+4,8 MF), les frais de personnel ont en effet été surestimés de 11 MF, le taux d’exécution prévisionnel retenu étant de 97 %, contre un taux effectif de 92,8 %, et ce alors que la moyenne des deux années précédentes était de 91,4 %. Quant aux autres dépenses de fonctionnement, elles ont été augmentées d’un virement de crédits de 13,6 MF en provenance du fonds national de gestion administrative qui est venu abonder un poste "études" déjà excédentaire budgétairement. Au total, le budget 1998 de l’ACOSS a enregistré en dépenses de fonctionnement une hausse de 15,5 % par rapport aux dépenses exécutées en 1997, niveau de croissance très supérieur aux besoins, puisque seulement 88 % des crédits ouverts en 1998 ont été consommés.

2. les budgets des caisses locales

La maîtrise des dépenses de gestion administrative impose également de réduire les écarts de coûts parfois importants constatés entre les organismes de base. Cet exercice reste difficile à cause de la rigidité des dépenses de personnel – qui constituent plus de 75 % des frais de fonctionnement des caisses – et de l’inexistence de mécanismes de préretraite sélectifs permettant une gestion plus active du turn over spontané[197]. Dans son rapport de septembre 1999, la Cour avait déjà relevé les résultats décevants enregistrés par la CNAMTS dans la mise en œuvre pourtant ancienne de sa politique de réduction des écarts de coût constatés entre les CPAM. Avec des nuances, le même constat peut être porté pour les autres branches et régimes.

La COG de la branche famille ne comporte pas d’engagement de réduction des écarts de coût entre les CAF, dans la mesure où il a été considéré que l’objectif avait déjà été atteint au moment de la signature de la convention. La CNAF a en effet mis en place depuis 1988 un système de paramétrage des dotations attribuées aux CAF destiné à réduire les disparités de moyens existant entre elles en tenant compte de leur charge de travail[198], qui a permis de ramener le coefficient d’écart entre la première et la 118ème caisse de 2,34 en 1988 à 1,53 en 1998, l’écart entre le coût moyen des dix premières caisses et celui des dix dernières étant ramené de 1,49 à 1,35. Il faut cependant observer que si cette réduction des écarts s’est opérée par abaissement du coût des caisses les moins bien positionnées, les CAF de la région parisienne voyant leur coût moyen baisser de 16 % entre 1987 et 1994, elle a aussi été obtenue par accroissement des dotations des caisses les plus performantes, puisque sur la même période le coût des dix CAF les moins onéreuses s’est élevé de 9,4 % ; le coût moyen des caisses de petite dimension (moins de 3000 allocataires) s’est par ailleurs aggravé de 11,6 %. Les efforts de gestion globaux consentis au niveau de la branche ont été néanmoins été sensibles, le coût moyen des 125 CAF décroissant de 1,7 % en francs courants entre 1987 et 1994.

La COG de la MSA reprend également le dispositif de réduction des écarts mis en place dans le régime agricole à partir de 1994. Les dotations allouées aux caisses sont paramétrées en fonction d’"unités de charges

de gestion" mesurant les activités des organismes et le coût moyen national de ces activités, qui sont au nombre de cinq : prestations maladie, vieillesse, familiales et recouvrement des cotisations sur salaires et des cotisations non salariés. A ces activités correspondent cinq enveloppes au sein du fonds national de gestion administrative, qui sont ventilées entre les caisses au prorata de leurs indicateurs[199]. Il en résulte que seules les caisses dont le coût de gestion se situe dans la moyenne nationale parviennent à équilibrer leur budget de gestion administrative, tandis que celles dont le coût de gestion est supérieur se trouvent en déséquilibre. Ces dernières bénéficient alors d'une dotation complémentaire dégressive accordée sous réserve de la mise en place, après diagnostic économique et comptable établi par les services de la CCMSA, d'un plan de redressement. Rendu notamment possible par le contexte de décrue de la population couverte ainsi que par la souplesse due à l'existence de réserves financières dans de nombreuses caisses[200], qui leur permettent de faire face à des situations "déficitaires", ce système, qui apparaît contraignant pour les caisses les plus coûteuses, n'a toutefois pas donné pour l'instant de résultats significatifs. Sur les 42 caisses présentant en 1994 un coût de gestion supérieur à la moyenne nationale, seules 9 étaient parvenues à égaliser ce coût avec la moyenne en 1998, alors que douze caisses accusant déjà un surcoût en 1994 ont vu leur écart à la moyenne se creuser sur la période.

Le dispositif mis en place par la CANAM, qui se fixe le même objectif d'harmonisation et de maîtrise des coûts de fonctionnement, n'est pas non plus exempt de critiques. Les contrats conclus en application de la COG avec chacune des 31 caisses régionales comportent une annexe déterminant l'évolution cible du coût moyen par assuré de la caisse, qui doit tendre vers le coût médian de la catégorie à laquelle elle appartient. Quatre catégories ont ainsi été distinguées parmi les caisses : une catégorie exceptionnelle qui comprend les six caisses mutuelles régionales (CMR) les plus importantes, une 1ère catégorie (sept CMR), une 2ème catégorie (quatre CMR) et une 3ème catégorie (neuf CMR) auxquelles s'ajoutent les caisses de La Batellerie et de Paris-Commerçants ainsi que celles de Corse, Antilles-Guyane et Réunion. Ce système appelle plusieurs observations. Le coût de référence utilisé ne revêt en effet guère de signification. D'une part son mode de calcul exclut les dépenses de personnel, les amortissements, les loyers et les actions innovantes. D'autre part, la précision d'un coût médian calculé sur un échantillon ne comprenant qu'un petit nombre de caisses paraît faible, de sorte que la pertinence de son utilisation comme référence, même théorique, dans une démarche d'harmonisation des coûts est discutable. Enfin, il faut relever une certaine perversion dans la logique de réduction des écarts mise en œuvre par la CANAM, dans la mesure où, si de réels efforts paraissent attendus des CMR ayant les coûts de fonctionnement les plus élevés (à l'exception de la Corse et des Antilles-Guyane), l'harmonisation peut également être recherchée par l'augmentation des coûts des caisses les moins chères (caisses professions libérales des Pays de la Loire, d'Ile-de- France ou du Centre par exemple).

III - Les engagements d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers

L'ensemble des COG comportaient, de façon novatrice, des engagements souscrits par les caisses nationales en matière d'amélioration de la qualité du service rendu aux assurés sociaux – prestataires ou cotisants. La mise en œuvre de cette "démarche qualité" restait tributaire de son appropriation par les organismes de base, elle-même dépendante de la pertinence et de l'ambition des objectifs assignés ainsi que de la qualité des indicateurs de suivi associés.

a - Le service rendu aux allocataires

1. Le versement des prestations

Les domaines sur lesquels les caisses qui servent des prestations à leurs assurés se sont engagées à garantir un meilleur niveau de service correspondent à deux grands objectifs, la qualité de la liquidation et du paiement, et celle de l'accueil de l'usager. Les engagements souscrits à ce titre figurent en général dans la COG, comme pour la CNAV, la MSA et la CANCAVA ou encore la CNAF, dont le "socle de service institutionnel" est inclus à la COG, mais ont également pu faire l'objet d'avenants, comme pour la branche maladie qui a défini et regroupé ses objectifs dans une "charte de la qualité de service" adoptée en janvier 1998 par le conseil d'administration de la CNAMTS, et dont les indicateurs de suivi ont été annexés à la COG par l'avenant n° 1 du 2 juin 1998, avec un léger retard par rapport au calendrier initialement prévu par la COG. Dans le cas de l'ORGANIC, la "charte commune d'engagements sur la qualité des relations avec l'adhérent" qui devait être adoptée aux termes de la COG en 1998, n'a été mise en œuvre qu'au 1er février 2000.

La liquidation et le paiement des prestations

Les engagements relatifs à la qualité de la liquidation et du paiement portent, en plus de l'engagement général d'amélioration du contrôle interne, sur les délais de traitement des dossiers et de virement des paiements. A cet égard, la pertinence des objectifs, leur niveau d'exigence ainsi que la fiabilité des indicateurs associés sont variables dans les différents régimes. Certains des objectifs que s'est fixé la CNAV restent par exemple modestes. Afin de garantir la continuité des ressources de l'assuré au moment de son passage à la retraite, elle s'est ainsi engagée à réduire à 20 % le taux de retraites en "droits propres" attribuées dans un délai supérieur à un mois après la date d'effet. Alors que la situation de départ s'établissait à 25 % en 1996, la réalisation de l'objectif était dépassée dès 1999, avec un taux de 18,9 %. Pour les attributions "droits dérivés", l'engagement consistait seulement à maintenir le délai de traitement en-dessous de 40 jours, situation acquise dès 1996 – où le délai moyen national était de 38 jours –, de sorte qu'en 1999 l'objectif était amplement dépassé – 33 jours de moyenne nationale –, les caisses les moins performantes se situant en fait au niveau de départ de 38 jours. La timidité de ces objectifs fait ainsi douter de leur caractère réellement mobilisateur pour le réseau. De plus, il faut noter que la qualité de la liquidation est conditionnée, aussi bien pour la date de versement que pour l'exactitude du montant de la pension, par la qualité des étapes de "préliquidation"[201]. A cet égard, la CNAV s'est fixé une ambition plus grande en matière de régularisations du compte des assurés âgés de 55 à 59 ans, qui reste loin d'être satisfaite : alors que l'objectif était de porter en 2000 le volume des régularisations complètes à 80 % de la moyenne annuelle des attributions droits propres, ce taux n'était que de 69,8 % en 1999, pour un objectif intermédiaire de 75 %.

L'objectif d'amélioration des délais de liquidation des pensions retenu par la CANCAVA paraît à la fois plus ambitieux et plus pertinent. Il consiste en effet à liquider sans délai les dossiers de droits directs et à réduire à 12 jours le paiement des pensions de réversion, la mesure étant effectuée entre la date d'exigibilité du droit et celle du paiement, et non comme pour la CNAV entre la date d'exigibilité et celle du traitement du dossier, ce qui permet d'éviter les différences d'approche entre les caisses de base pour déterminer le moment où le traitement du dossier est achevé. Les premiers résultats sont encourageants puisque les objectifs intermédiaires pour 1998 ont été atteints : le taux de dossiers liquidés sans délai a atteint 93,6 %, pour un objectif fixé à 93,5 %, et le délai moyen de règlement des pensions de réversion est passé à 18 jours, en diminution de quatre jours par rapport à 1997, l'objectif intermédiaire étant de 19 jours.

Dans la branche famille, le socle institutionnel prévoyait en matière de versement des prestations douze objectifs. Leur pertinence et leur suivi s'avèrent contestables pour au moins trois d'entre eux. L'objectif central de prise en compte des demandes dans un délai de trois semaines présente ainsi le double inconvénient de mêler des prestations de nature différente, entre lesquelles les CAF sont souvent légitimement amenées à établir une hiérarchie[202], et de ne pas mesurer le délai de règlement de l'allocataire à partir du moment où son dossier est complet. Au demeurant, la mesure des délais de traitement est effectuée de façon hétérogène entre les CAF, et parfois dans des conditions peu fiables, de sorte que le suivi de cet objectif ne peut être réellement assuré. De même, l'objectif de prévention des ruptures de paiement en cas de mutation ne fait pas l'objet d'un suivi rigoureux de la part des CAF, empêchant de porter un jugement sur cet aspect décisif de la qualité de service. Quant au virement des prestations dues au titre du mois, le cinq du mois suivant, objectif atteint depuis longtemps par la majorité des CAF au moment de la signature de la COG, et correspondant par surcroît à une obligation réglementaire, les raisons de son inscription dans le socle de service n'apparaissent pas. Une même date de virement peut en effet recouvrir des dates de bouclage différentes, alors que ce sont bien ces dates de bouclage qui conditionnent la prise en compte, dans le paiement du mois, des derniers changements intervenus dans la situation des assurés. Les indicateurs les plus opératoires pour juger de la qualité du service rendu à l'usager et de la performance de la caisse sont d'une part le suivi de la date de bouclage mensuel de la gestion, ainsi que le "taux d'événements" qui y sont incorporés, d'autre part le respect par la caisse de la planification de ces traitements (engagement désormais suivi au titre du code institutionnel).

Dans la branche maladie du régime général, les principaux objectifs portaient sur les soldes de fin de mois et le délai de virement à l'établissement bancaire. La situation à la signature des CPG était un solde moyen de 4,1 jours[203], et l'objectif était d'abaisser ce volume à trois jours en 1999. En fait, après une amélioration en 1998 où le solde est passé à 3,6 jours, c'est une aggravation des résultats qui s'est produite en 1999, le solde se creusant à 4,3 jours, notamment du fait de la montée en charge du logiciel de liquidation PPNA. Les résultats intermédiaires au 30 juin 2000 indiquent cependant un redressement, nonobstant la mise en place de la CMU, le solde s'établissant à 3,7 jours. Quant au délai de virement à l'établissement bancaire, l'objectif minimum figurant dans la charte qualité de service était de 9 jours, et celui résultant de la moyenne des engagements souscrits par les CPAM était de 8,4 jours, 44 % des CPAM s'engageant sur un objectif inférieur à 9 jours. En 1999, l'objectif de référence était dépassé, puisque la moyenne des indicateurs locaux s'établissait à 8,7 jours ;

ce dépassement de l'objectif, acquis pour 68 % des caisses, recouvrait cependant des écarts importants puisque les soldes extrêmes se situaient entre 0,5 et 17 jours. Il faut préciser par ailleurs que ce mode de mesure, qui repose sur un système déclaratif, ne rend pas compte des variations infra-annuelles.

L'accueil des usagers

L'amélioration de la qualité de l'accueil est un objectif figurant principalement dans les COG des branches famille et maladie, dont les organismes accueillent un public important. Ainsi le socle institutionnel de service de la branche famille définit-il des normes minimales, à la fois qualitatives et quantitatives, en matière d'accueil physique ou téléphonique, en prévoyant que tout allocataire puisse bénéficier après un délai d'attente inférieur à 30 minutes, d'un accueil personnalisé débouchant sur une réponse complète à sa demande. Le seul indicateur suivi concerne cependant le délai d'attente, qui peut rapidement entrer en contradiction avec l'objectif qualitatif de traitement personnalisé et intégral. En 1998, ce temps d'attente inférieur à 30 minutes n'était garanti pour 90 % des visites que dans 43 % des CAF. Il faut par ailleurs relever que les motifs de déplacements et de demande de contacts sont rarement analysés par les caisses afin de définir des plans d'action adaptés, et alors même que le nombre de personnes reçues dans l'ensemble des lieux d'accueil des CAF a sensiblement progressé. Quant à l'accueil téléphonique, alors même que la convention ne paraissait pas fixer des objectifs très ambitieux – amplitude minimale d'ouverture de 25 heures hebdomadaires avec un taux d'efficacité, c'est-à-dire la proportions d'appels ne sonnant pas dans le vide ou ne tombant pas sur un standard occupé, de 70 % –, la situation est mauvaise et s'est même plutôt dégradée : en 1997, l'amplitude moyenne d'ouverture s'établissait à 24,1 heures, 54 caisses satisfaisant aux critères et 71 se situant en deçà du seuil ; en 1998, les caisses atteignant l'objectif n'étaient plus que 51, 74 se situant en deçà du seuil. Même si cette dégradation peut être en partie attribuée aux difficultés liées à la mise en place du logiciel de liquidation CRISTAL, elle accentue une situation déjà insatisfaisante à laquelle la branche devra porter remède[204].

Dans la branche maladie, des engagements similaires ont été pris, portant sur l'amplitude des horaires d'ouverture au public et d'accueil téléphonique et sur le temps d'attente à l'accueil. Afin de rendre homogène le suivi des indicateurs établis par l'avenant n° 1 à la COG, la CNAMTS a diffusé une méthodologie de mesure (tableaux de bord comportant une batterie d'indicateurs et préconisant une enquête de satisfaction auprès des assurés), notable progrès par rapport à la situation antérieure marquée par l'absence de remontée de données au niveau national, mais qui repose toutefois sur un système déclaratif et parfois ancien[205]. L'objectif d'amplitude d'ouverture au public résultant de la moyenne des engagements des CPAM était ainsi de 42 heures hebdomadaires pour 1999, ; à partir d'une situation de référence moyenne de 40 heures en 1997 : c'est une légère dégradation des performances des CPAM qui a été enregistrée en 1999, la moyenne des indicateurs internes des CPAM s'établissant à 39h23 mn. L'amplitude de l'accueil téléphonique, pour laquelle situation de départ et objectif étaient les mêmes que pour l'ouverture au public, s'est en revanche élargie à 41h25 mn en moyenne, soit un peu moins que l'objectif de 42 heures. Enfin, s'agissant du temps d'attente à l'accueil, la charte qualité de service prévoyait qu'il ne devait pas excéder 30 minutes ; les CPAM se sont engagées dans leur CPG à améliorer leur temps d'attente décliné en deux objectifs : réduction du délai moyen du dernier décile, et diminution du délai médian – la moyenne des engagements sur ce point aboutissant à l'objectif de le faire passer de 30 minutes à 20 minutes. Selon la moyenne des indicateurs locaux pour 1999, cet objectif est très largement atteint, puisque le temps médian s'établit à 6 minutes, l'attente maximum étant en moyenne de 21,3 minutes.

2. L'accès aux droits

Les orientations des COG et leur déclinaison en objectifs opérationnels dans les CPG contiennent peu d'engagements relatifs à l'accès aux droits, qui constitue pourtant une dimension déterminante de la qualité de service. Cet aspect n'est en général abordé que sous l'angle de l'amélioration de l'information dispensée aux allocataires, mais jamais sous celui, pourtant plus décisif encore, de la prospection des personnes qui satisferaient aux conditions d'octroi des prestations sans faire valoir leurs droits.

Ainsi la branche famille, qui est la plus spécifiquement concernée par la problématique de l'accès aux droits, s'est-elle fixé dans son socle de service institutionnel l'ambition de distribuer trois fois par an à chaque allocataire un support d'information générale portant sur les droits et services des CAF. Pour atteindre cet objectif, la plupart des caisses ont élargi à l'ensemble des allocataires la diffusion de revues adressées jusqu'à présent aux seules familles, sans d'ailleurs toujours se poser la question de l'adaptation de ce type de communication, conçue d'abord pour les familles[206], aux allocataires en difficulté et aux célibataires.

Au-delà de ces mesures de communication à l'égard de la population déjà bénéficiaire, la COG ne comporte pas d'orientation en matière de prospection des titulaires de droits non honorés. Aucune analyse de l'ampleur et des causes de la non perception des prestations et des demandes tardives n'est d'ailleurs prévue, alors que les CAF disposent des moyens de procéder à des enquêtes périodiques et par échantillon sur ce type de phénomènes. En 1982, une étude sur l'allocation de logement avait par exemple été menée dans l'ensemble des caisses et avait révélé une situation étendue de non perception, 10 % des ménages ne percevant pas l'AL/APL à laquelle ils avaient droit. Fin 1999, à la demande de la Cour, la caisse du Havre a conduit la même enquête, dont les premiers résultats montrent que la part de non perception dans la circonscription de la caisse est comprise entre 2,8 % et 4,6 %, même s'il faut émettre la réserve que l'étude a porté sur les allocataires présents au fichier de la caisse, et qu'il est possible que le taux de non perception soit plus élevé chez les ménages ne percevant aucune autre prestation de la CAF[207]. Quoi qu'il en soit, alors que cette amélioration paraît résider en partie dans la généralisation du versement de l'APL en tiers payant, la part exacte de la contribution de ce facteur à la réduction de la non perception ne peut être cernée en l'absence d'études similaires menées dans un nombre suffisant de caisses, dont les pratiques en matière de tiers payant pour l'APL sont très diverses. Une telle incertitude empêche dès lors de préconiser les mesures adaptées.

Il conviendrait donc que les CAF entreprennent périodiquement des opérations permettant sur échantillon d'évaluer les phénomènes de non perception ou de demandes tardives, et mènent, à partir des contrôles aléatoires de situation des allocataires, une analyse des rappels. L'élaboration d'une typologie des allocataires pour lesquels une demande tardive ou des renseignements provenant de tiers entraînent des rappels significatifs permettrait sans doute d'étudier des procédures propres à en prévenir l'apparition. Même s'il est trop tôt pour en tirer un bilan, il faut mentionner que la MSA a pour sa part installé en juin 1998 un groupe de travail chargé de réfléchir sur les modalités de détection des populations fragilisées ou en situation de précarité, qui a débouché fin 1999 sur l'établissement de catégories-cibles et la proposition d'un renforcement des actions de prospection, chaque caisse devant dresser annuellement un bilan de sa politique de détection et de ses résultats.

De même, pour les retraites, le développement d'études sur les demandes tardives de pensions de réversion paraît souhaitable, notamment dans deux directions. Dans la mesure où les critères d'âge et de ressources retenus par les régimes de base sont plus restrictifs que ceux de l'ARRCO et de l'AGIRC, il faudrait en particulier s'assurer que ce décalage n'amène pas les veufs, par méconnaissance de la réglementation, à différer la demande de pension de réversion qu'ils adressent aux régimes complémentaires. Par ailleurs, l'arrivée à l'âge du décès de générations qui ont un taux de divorce élevé va multiplier le nombre de partages de la pension de réversion entre veufs et ex-conjoints divorcés, puis, le moment venu, d'abondement des pensions des attributaires au décès de l'un d'eux : des études devraient être menées pour vérifier que les intéressés font correctement valoir leurs droits.

B. Les relations avec les usagers redevables de cotisations et contributions

L'ensemble des COG des organismes chargés de prélever les cotisations des assurés sociaux comportent des engagements d'amélioration de l'information des cotisants et d'accroissement des performances de recouvrement.

1. Le recouvrement des cotisations

Le thème du recouvrement a été étudié en détail pour les cotisations des non salariés non agricoles et des exploitants et salariés agricoles au chapitre I consacré aux recettes de la sécurité sociale. Indépendamment des problèmes posés par la pertinence et la fiabilité des indicateurs de recouvrement mis en place, seule sera mentionnée ici la disparité des niveaux d'exigence dans les engagements souscrits à ce titre par les différentes caisses. L'ACOSS et la MSA, dont le réseau est vaste et enregistre des écarts importants de taux de recouvrement, ont ainsi modulé les objectifs en fonction des situations de départ de chacune des caisses. Ainsi, si le taux de restes à recouvrer national de la branche recouvrement du régime général s'établissait à 1,24 % fin 1998 et à 1,10 % fin 1999 (estimations provisoires), les taux extrêmes se situaient en 1999 (estimations provisoires) à 0,38 et à 2,40. Chaque URSSAF s'est donc engagée sur un objectif spécifique de réduction de ses restes à recouvrer dans le CPG conclu avec l'Agence centrale, qui n'a cependant pas procédé au calcul de l'amélioration moyenne qu'il en résultait au niveau de la branche.

Quant à la MSA, l'objectif d'améliorer de deux points sur la période couverte par la COG le taux d'encaissement des cotisations légales (desquelles ont été distinguées les créances irrecouvrables qui font

l'objet d'un suivi spécifique) a été modulé afin de répartir l'effort d'amélioration proportionnellement entre les différentes caisses en le faisant principalement porter sur le recouvrement des cotisations des non salariés. Le taux de restes à recouvrer constaté en 1997 pour l'ensemble des cotisations s'établissait ainsi à 7,4 %, soit 12,3 % pour les cotisations des non salariés et 4,1 % pour les cotisations sur salaires. La réduction de deux points pour l'ensemble de la branche se décomposait en un effort moyen de 0,88 point pour les cotisations sur salaires, modulé de – 0,03 pour la caisse la plus performante à – 10,81 pour la moins performante, et un effort moyen de 3,97 points pour les cotisations des non salariés, réparti sur un éventail allant de – 0,08 à – 21,33. Des objectifs intermédiaires ont par ailleurs été assignés aux caisses, mais la CCMSA n'ayant pas calculé la moyenne de ces objectifs intermédiaires pour 1999, il n'est pas possible de dresser un bilan d'étape pour 1998 et 1999.

Les engagements des autres régimes paraissent plus modestes. L'ORGANIC, dont la convention a été signée le 8 septembre 1998, s'est ainsi fixé un objectif de taux de restes à recouvrer pour 2001 de 11 %, alors que ce taux était atteint au moment de la conclusion de la COG, et qu'il était déjà dépassé en 1999 avec un résultat de 9,73 %. Quant à l'objectif retenu par la CANAM, il visait à porter en 2001 le taux moyen pondéré d'encaissement des derniers appels émis à l'intérieur d'une fourchette de 94,0 % – 94,5 %, qui correspondaient en pratique aux résultats atteints par le régime entre 1993 et 1995 ; c'est le fléchissement constaté en 1996 qui a conduit à fixer des objectifs modérés, mais dont la prudence s'assimile à de la timidité, dans la mesure où le taux objectif est atteint dans la plupart des caisses. De même, la CANCAVA avait retenu comme objectif de recouvrement sur exercice en cours des taux de 94,25 % pour 1998, 94,49 % en 1999, 94,72 % en 2000 et 95 % en 2001, rythme de progression là encore très modéré et dépassé dès la première année d'application de la convention, puisque le taux de recouvrement pour 1998 s'établissait d'ores et déjà à 95,45 %.

Au-delà des engagements d'amélioration des taux de recouvrement, il faut critiquer le peu de place réservée dans les COG à l'objectif de renforcement des contrôles d'assiette, alors même que les cotisations sociales ne sont assises que sur des bases déclaratives. Ainsi le thème du contrôle des déclarations de revenus des non salariés non agricoles, qui s'exerce d'une part par rapprochement des déclarations fiscales et sociales, et d'autre part par contrôle comptable sur pièces et sur place, est-il absent des COG de l'ORGANIC et de la CANCAVA, et seulement mentionné à titre de déclaration d'intention dans celle de la CANAM ; encore faut-il préciser que les engagements réciproques de l'Etat et des caisses nationales compétentes de "faciliter les échanges d'information entre l'administration fiscale et les organismes de protection sociale" est resté lettre morte. La COG de l'ACOSS comporte quant à elle un paragraphe relatif au développement des contrôles sur pièces et sur place, qui prévoit des efforts de perfectionnement des méthodes et de suivi systématique des résultats du contrôle, qui doivent faire l'objet d'un rapport annuel à compter de l'exercice 1999. Enfin, l'engagement de "renforcer la fiabilité de l'assujettissement et du calcul des cotisations" figurant dans la COG de la MSA comble les lacunes qui prévalaient jusqu'alors en matière de contrôle spécialisé dans le régime agricole. La CCMSA précise ainsi qu'une enquête réalisée en 1998 avait fait apparaître une grande hétérogénéité dans l'organisation, les missions et les moyens des services de contrôle. Après diffusion d'une méthodologie de redéfinition des missions des contrôleurs spécialisés (à l'exclusion de toute activités d'animation ou de conseil jusqu'alors exercées en parallèle) et d'établissement d'un plan de contrôle formalisé, ce n'est toutefois qu'au second semestre 2000 que les indicateurs de suivi des contrôles effectués seront mis en place et exploités.

2. L'information des cotisants

La plupart des COG des organismes chargés du recouvrement de cotisations sociales comprennent des dispositions sur l'amélioration de l'information mise à disposition des cotisants. Outre l'édition d'une plaquette institutionnelle, de supports pour les salons et de notices adaptées à chaque catégorie de cotisants, l'ACOSS s'est ainsi engagée à mettre à disposition des cotisants en 2000 la base documentaire juridique "Textacoss".

La CANAM s'était quant à elle engagée dans sa COG à distribuer un livret d'accueil à chaque nouvel adhérent au 31/12/1999, échéance qui n'a été tenue que dans 22 CMR sur 31, qui ont par ailleurs conçu leur propre livret à partir d'un modèle diffusé par la caisse nationale.

La MSA, afin de mettre en œuvre l'objectif figurant à la COG de mise à disposition d'une "information claire et actualisée" aux cotisants, a confié au groupe de travail déjà évoqué sur la qualité de service la mission de vérifier l'adéquation des supports d'information aux besoins des différents types d'entreprises agricoles et

d’améliorer la lisibilité des documents diffusés. L’élaboration d’un guide employeur institutionnel à partir de la comparaison des guides existants, l’inventaire et la sélection des dépliants disponibles, la remise en forme des courriers sur la base d’une charte institutionnelle constituent les premières actions de ce groupe.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Négociées par application de l’ordonnance du 24 avril 1996 relative à l’organisation de la sécurité sociale, les conventions d’objectifs et de gestion avaient une double ambition : renouveler les relations entre l’Etat et les caisses de sécurité sociale en les intégrant dans une démarche "objectifs/résultats" ; progresser vers une meilleure organisation de la branche en modifiant les relations entre caisse nationale et organismes de base. Si les faiblesses relevées par la Cour et les difficultés rencontrées à propos de la mise en œuvre de ce nouvel instrument sont résolues pour la seconde génération des COG[208], la dynamique insufflée pourra se révéler porteuse de progrès.

A l’occasion de ce premier exercice, l’investissement dans la démarche a été réel bien qu’inégal selon les organismes, et a donné l’occasion aux branches et aux régimes de définir leurs priorités et de les faire partager par l’ensemble du réseau grâce à la déclinaison locale des COG dans des contrats conclus entre les caisses nationales et leurs organismes de base (dénommés "contrats pluriannuels de gestion" ou CPG). Quant à la tutelle de l’Etat, dont les modalités traditionnelles ont cependant été maintenues, elle s’est recentrée, à l’échelon national comme à l’échelon territorial, vers l’évaluation a posteriori des résultats ; pour l’instant, seules les COG des branches famille et maladie du régime général ont fait l’objet d’une telle évaluation, qui devra être généralisée et dont il faudra tenir compte pour la négociation des futures COG. L’effort de clarification des compétences et de responsabilisation n’a cependant pas toujours été mené à son terme : en particulier les mécanismes d’intéressement à l’atteinte des objectifs prévus par les COG n’ont pas été mis en œuvre.

Bien que chaque COG définisse des objectifs propres au régime ou à la branche concernés, deux catégories d’engagements similaires se retrouvent dans toutes. Il s’agit d’abord de la maîtrise des dépenses de gestion, qui faisait déjà l’objet d’une démarche antérieure de pluriannualisation des moyens budgétaires. En dépit de la volonté affichée, les COG n'ont pas été l'occasion, pour les branches, de véritablement rationaliser les moyens de gestion administrative. Le défaut d’analyse approfondie et contradictoire des besoins des branches sur la période couverte par les COG a entraîné une reconduction des enveloppes budgétaires sans réel "rebasage", ce qui a laissé subsister dans la plupart des branches de substantielles marges financières, comme en témoignent les cumuls d’excédents. Dans ces conditions, la maîtrise des coûts des caisses nationales comme des organismes de base n’est pas toujours assurée.

De façon plus novatrice, l’ensemble des caisses de sécurité sociale se sont engagées sur des objectifs d’amélioration de la qualité du service rendu aux usagers. La pertinence et l’ambition des objectifs diffèrent selon les branches et régimes, ainsi que la signification et la fiabilité des indicateurs associés. Certaines caisses ont eu tendance à souscrire des engagements de peu de portée pratique pour les usagers ou dont la réalisation était quasiment déjà acquise au moment de la signature de la COG, et d’autres à afficher des objectifs dont le suivi opérationnel n’était guère possible. Il faut en particulier déplorer la faiblesse des objectifs, et plus généralement de la réflexion, sur les problèmes d’accès aux droits et de prospection des bénéficiaires potentiels.

RECOMMANDATIONS

1. D’une façon générale, approfondir les diagnostics préalables à la négociation des CPG, ce qui impose de renforcer les fonctions d’audit des caisses nationales. Dans les branches ou régimes dont le réseau est important, envisager la possibilité d’un dispositif de contractualisation plus personnalisé, les caisses faisant alors l’objet d’un audit général et d’engagements spécifiques.

2. Estimer, à chaque début de période couverte par la COG, la base du budget des branches à partir des dépendes effectives, établir sur cette base un taux pluriannuel d'évolution fondé sur une estimation contradictoire des besoins, et abandonner la pratique de report automatique des crédits non consommés d’une COG à l’autre.

3. Veiller à mettre en place dans la prochaine génération des COG, et surtout à appliquer effectivement, des

mécanismes d'incitation à l'atteinte des résultats : intéressement, traitement réservé aux excédents de gestion et évaluation des responsables locaux.

4. Mener une analyse critique des engagements souscrits au titre de la qualité de service, pour ne retenir que ceux qui concourent à une amélioration effective de cette qualité. Fiabiliser les modes de collecte et de traitement des indicateurs associés.

5. Approfondir les études sur l'amélioration des modalités d'accès aux droits et de prospection des personnes titulaires de droits non honorés, et inclure plus nettement cette catégorie d'objectifs parmi les engagements d'amélioration de la qualité de service.

6. Dans les branches ou régimes assurant une mission de recouvrement, adopter des objectifs de contrôle d'assiette et définir des indicateurs de résultats.

Réponse

---

[190] Caisse centrale s'agissant de la MSA. Ces dispositions ont été codifiées à l'article L.227-1 du code de la sécurité sociale pour la CNAMTS, la CNAV, la CNAF et l'ACOSS ; aux articles L.611-6-1 et L. 633-12 pour la CANAM, la CANCAVA et l'ORGANIC ; et enfin à l'article L. 1002-4 du code rural pour la CCMSA.

[191] Circulaire DSS/5C/n° 735 du 10/12/98 fixant les procédures budgétaires relatives aux dépenses de gestion administrative des établissements publics dans le cadre des COG conclues entre l'Etat et les caisses nationales du régime général.

[192] Les COG de la CNAMTS et de la CNAF, toutes deux signées au printemps 1997, prévoyaient la conclusion des CPG avant le 31 décembre de l'année. Les négociations avec les CPAM n'ont commencé qu'à l'automne 1998, les derniers contrats étant signés début 1999. Pour la branche famille, la date prévue par la COG a été repoussée au 1er avril 1998. S'agissant de l'ACOSS, l'ensemble des CPG des URSSAF, à une exception près, ont été conclus dans les délais impartis par la COG. Les régimes dont le réseau est moins étendu ont également respecté les délais prévus : la CANCAVA par exemple, qui s'était engagée dans sa COG à conclure des CPG avec ses organismes de base avant le 30 novembre 1998 a signé le dernier contrat le 16 décembre 1998.

[193] Ces résultats sont mesurés par rapport à des objectifs quantifiés associés à une batterie d'indicateurs : taux d'encaissement des cotisations du régime obligatoire pour les cinq derniers exercices, taux de taxations d'office, montant moyen de recours contre tiers par bénéficiaire, montant des indus récupérés par bénéficiaire, part de l'activité du service médical consacrée à la gestion du risque, délai de traitement des dossiers, qualité de la liquidation des prestations, application du contrôle interne.

[194] Sauf pour la MSA, pour laquelle la pluriannualisation budgétaire n'a été introduite qu'en 1997.

[195] Sur un total de 1403,7 MF d'excédents cumulés à l'issue du plan pluriannuel 1995-1996, seuls 337,4 MF, soit 24 %, ont été annulés.

[196] Pour les dépenses de personnel, les taux retenus étaient pour 1997 de 1,7 %, pour 1998 de 1,6 %, et pour 1999 de 1,5 %, ces taux devant faire l'objet d'une actualisation annuelle afin de tenir compte de l'évolution de la valeur du point et des charges salariales. Pour les autres dépenses de fonctionnement, le plan prévoyait la stabilité en francs constants, avec une actualisation par application du taux d'inflation sur 2/3 du poste. Quant aux dépenses d'investissement, elles étaient fixées en volume.

[197] Même si la mutualisation des réembauches liées aux départs ARPE à l'intérieur des branches du régime général (à l'exception de la vieillesse) a joué dans un sens favorable, elle n'a constitué qu'un modeste levier de gestion de la pyramide des âges.

[198] D'abord effectuée à partir du nombre d'allocataires, la mesure de l'activité utilise désormais comme unité de charge l'allocataire pondéré en fonction de la complexité de la prestation versée : 2,6 pour les bénéficiaires

d’une allocation de parent isolé, d’invalidité ou de précarité ; 1,4 pour les bénéficiaires d’allocations de logement ; 1 pour les prestations familiales. La part affectée à l’unité de charge pondérée se limite à 70 % afin de tenir compte de l’existence de charges fixes.

[199] Le total des allocations provenant des enveloppes inscrites au FNGA de la branche ne représente toutefois que 80 % des ressources des caisses, qui bénéficient d’autres sources de recettes : produits financiers, ristournes de gestion (conventions passées avec l’UNEDIC, les régimes complémentaires vieillesse, les organismes de protection complémentaire agricole) et de revenus d’activité complémentaires.

[200] Les cotisations complémentaires finançant la gestion du régime agricole sont perçues par les caisses de MSA qui supportent le risque de différentiel entre le montant des cotisations émises, qui sert de base à la détermination des enveloppes nationales, et le montant des cotisations effectivement encaissées. En contre-partie de ce risque, les caisses peuvent constituer des réserves financières.

[201] Sur les relations de la branche vieillesse du régime général avec ses usagers, cf. *infra*, chapitre suivant, p. 439.

[202] Ainsi la priorité est-elle mise dans la majorité des CAF sur le traitement des demandes de minima sociaux, et majoritairement du RMI, de l’AAH et de l’API.

[203] Cette situation recouvrait des cas extrêmes de 0,4 à 30 jours, la moyenne du premier décile s’établissant à 1,5 jours, et celle du dernier décile à 8 jours. La charte "qualité de service" prévoyait de faire évoluer les situations extrêmes vers des positions de 1 à 10 jours, de stabiliser la moyenne du premier décile et de faire passer celle du dernier décile à 5 jours. Curieusement, le point de situation sur l’exécution des CPG des CPAM présenté au conseil d’administration de la CNAMTS en janvier 2000 ne fournit pas les moyennes par décile.

[204] Sur la relation de la branche famille avec les usagers, cf. *infra*, chapitre suivant, p. 439, et sur le système d'information, et notamment CRISTAL, cf. *infra*, chapitre XII, p. 457.

[205] Comme le précise l’évaluation de la mise en œuvre de la COG par les CPAM effectuée par les DRASS à l’été 1999, l’accompagnement méthodologique et logistique de la CNAMTS reste parfois insuffisant, l’absence d’outil automatisé de la mesure du temps d’attente à l’accueil dans certaines CPAM étant par exemple "un frein dans la construction et le suivi de l’indicateur correspondant, car elle oblige à effectuer cette mesure manuellement, ce qui prend beaucoup de temps".

[206] C’est la revue *Vies de famille* qui est la plus largement diffusée, puisque 96 caisses la distribuaient au moins trois fois par an en 1999. Certaines caisses, jugeant cette revue inadaptée pour une partie des allocataires, notamment les bénéficiaires du RMI, préfèrent élaborer leur propre support.

[207] Ménages avec un seul enfant et célibataires et couples sans enfant qui ont bénéficié du "bouclage" de l’ALS en 1991/1993, par extension de son champ à des catégories de ménage qui auparavant n’en faisaient pas partie.

[208] Les COG des branches famille et maladie du régime général sont arrivées à échéance au printemps 2000, celles de l’ACOSS, de la MSA et des régimes des non salariés arriveront à échéance en 2001.

Section II :
La gestion des agents de direction dans les principaux régimes de sécurité sociale[20]

Les caisses de sécurité sociale sont, sauf exception, des organismes de droit privé chargés par délégation de la loi de gérer le service public de la sécurité sociale. Leurs missions de recouvrement des cotisations et de paiement des prestations se sont progressivement diversifiées et complexifiées et s’exercent dans un cadre de plus en plus contraint par des objectifs nationaux, des normes budgétaires et des règles de gestion communes aux organismes d’une branche ou d’un régime. Or, les caisses sont des personnes morales autonomes dotées de conseils d’administration. Les agents de direction, responsables du fonctionnement de ces organismes,

doivent donc gérer une relation de plus en plus hiérarchique avec l'organisme national tout en étant soumis au contrôle d'un conseil d'administration.

Situation juridique des agents de direction

Ce sont des agents de droit privé qui dirigent des organismes chargés de gérer un service public. Ceci explique que leur recrutement et leur carrière sont régis par des textes législatifs et réglementaires et par des conventions collectives agréées par l'Etat. Dans tous les régimes examinés, les agents de direction ont une convention collective spécifique mais la nomenclature des emplois est fixée par voie réglementaire : il s'agit des directeurs, agents comptables, directeurs adjoints, sous directeurs. Leur situation est donc quasi statutaire, ce qui génère des rigidités dans la gestion de leur recrutement et de leur carrière.

I - Les caractéristiques des agents de direction

a - Leur nombre et leur répartition reflètent la structure éclatée des régimes

1. Le régime général

Au 31 décembre 1998, il avait 1 676[21] agents de direction âgés de 27 à 65 ans, dont l'âge moyen était de 48,6 ans et la proportion d'hommes de
72,8 %[22]. Ils représentent environ 1,1 % des effectifs du régime.

Répartition par fonction		**Répartition par branche**	
Directeurs	415	Maladie	786
Directeurs adjoints	394	Famille	484
Agents comptables	313	Recouvrement	306
Sous-directeurs	514	Vieillesse	88
		Autres organismes	12
Total	**1 676**	**Total**	**1 676**

Source : UCANSS.

La lecture directe de ces tableaux montre qu'il y a une centaine d'agents comptables de moins que de directeurs, ce qui révèle un fort taux de cumul de postes comptables. Par ailleurs, il y a quatre agents de direction en moyenne par organisme, soit, outre le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint, un sous-directeur. Ceci traduit la faible taille moyenne des organismes.

Le ratio d'employés et cadres par agent de direction révèle des disparités entre les branches :

	Maladie	**Famille**	**Recou-vreme nt**	**Retraite**	**Autres**	**Total**
Répartition des employés et cadres du régime général	63 ,8	19,5	8,3	8,4	-	100
Répartition des agents de direction du régime général	46,9	28,9	18,3	5,2	0,7	100
Nombre d'employés et cadres par agent de direction	136	67	45	161	-	117*

* dans l'ensemble des quatre branches.

Même si des facteurs organisationnels propres aux caisses et les caractéristiques des missions des différentes branches[23] peuvent expliquer en partie les distorsions, celles-ci résultent également, pour une large part, de la proportion d'organismes de petite taille au sein des branches. Les branches dont les caisses sont plus grandes (les CRAM pour la retraite et les CPAM pour la maladie) ont proportionnellement beaucoup moins d'agents de direction que les branches dont les caisses sont en moyenne de taille plus réduite (les CAF et les URSSAF).

Le nombre d'agents de direction d'une caisse résulte de l'organigramme arrêté par le directeur et soumis au conseil d'administration. En pratique, les services de l'Etat et les caisses nationales interviennent peu, l'organisation des caisses relevant de l'autonomie de chaque organisme, ce qui n'est pas critiquable, sous réserve que des abus ne soient pas constatés. Entre 1996 et 1998, la population globale des agents de direction a augmenté de 2 %
(+ 36 personnes). Cette augmentation est localisée dans la branche maladie et dans la branche recouvrement. Sous réserve des différences entre les méthodes de comptabilisation des agents utilisées par l'UCANSS et par les caisses nationales, cette augmentation s'explique dans la branche maladie essentiellement par la création des URCAM[24], mais aussi par la création de postes d'agents de direction à la CNAMTS. Dans la branche du recouvrement, les écarts constatés entre 1996 et 1998 s'expliquent, d'une part par la suppression de cas de cumuls de fonctions dans plusieurs organismes par un même agent de direction ; d'autre part par des transformations de cadres en agents de direction.

La modification du nombre de caisses est une question manifestement difficile à traiter au sein du régime général alors que dans les régimes des non salariés et dans le régime agricole des fusions de caisses interviennent depuis plusieurs années. Le "plan Juppé" prévoyait de limiter à une caisse par département la présence des branches maladie, famille et recouvrement du régime général. Cette disposition n'a pas été reprise dans l'ordonnance du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale dont l'article 24 se borne à prévoir que dans chaque département où existent plusieurs CPAM, plusieurs CAF ou plusieurs URSSAF, le conseil d'administration de l'organisme national compétent peut désigner parmi elles une caisse ou une union habilitée à assumer des missions communes. Le décret prévu n'est jamais intervenu et les caisses nationales n'ont pas cherché à appliquer cette disposition.

Pourtant, même dans le régime général, certains organismes sont petits : ainsi, les quatre plus petites URSSAF (exception faite de celle de la Batellerie) ont entre 9 000 et 11 500 comptes cotisants et entre 17 et 34 agents (contre 306 à 3 018 agents pour les cinq plus grosses). Certaines URSSAF ont ainsi plus d'administrateurs que de salariés.

La difficulté de pourvoir en directeurs et surtout en agents comptables des très petites caisses explique les situations de cumuls de fonctions dans deux, voire trois organismes, sur une même personne. Le cumul se fait, le plus souvent, entre caisses de branches différentes situées dans un même département, et le plus souvent dans la même ville[25], car les conseils d'administration et les syndicats s'opposent aux cumuls de fonctions portant sur des organismes d'une même branche, de peur que cela prépare la suppression d'une caisse. Les cumuls de fonctions sont assez fréquents : à la fin de 1999, il y avait 61 cas de cumuls dont 10 directeurs et 30 directeurs adjoints ou agents comptables de caisses de catégorie D[26]. Mais il ne s'agit pas toujours de situations définitives : ainsi, en 1997 et 1998, quatre postes de direction partagés entre branches, dont le recouvrement, ont été transformés en postes dédiés à chaque branche. S'agissant des comptables, le cumul de fonctions existe dans d'autres secteurs (par exemple, les agents du Trésor qui exercent la fonction d'agent comptable auprès de plusieurs établissements publics). Mais dans les caisses de sécurité sociale, ils exercent des missions plus larges qui les font participer étroitement au fonctionnement quotidien de l'organisme. La mise en commun des comptables entre plusieurs organismes est donc moins adaptée aux caisses de sécurité sociale.

La fréquence des cas dans lesquels des directeurs et surtout des agents comptables cumulent des responsabilités dans plusieurs organismes conduit à s'interroger sur la justification du maintien de structures trop petites.

2 - Les autres régimes

Dans chacun des régimes de non salariés non agricoles, il y a 31 ou 32 caisses avec 77 agents de direction dans le régime de retraite des artisans (AVA), 93 dans le régime d'assurance maladie des professions indépendantes (AMPI) et 100 dans le régime de retraite des commerçants (ORGANIC). L'encadrement est

donc plus important dans les deux derniers, ce qui peut s'expliquer par un nombre plus élevé d'affiliés. Dans le régime agricole, pour 75 caisses et ensembles de caisses, il y a 282 agents de direction, leur nombre ayant diminué de 8,7 % en cinq ans du fait des fusions et regroupements de caisses. Les comparaisons entre ces différents régimes (sauf entre AVA et ORGANIC) n'ont guère de sens en raison de la nature différente des missions. Il faut cependant relever que, malgré les efforts de regroupement poursuivis depuis plusieurs années, la taille des caisses reste souvent très réduite, ce qui explique que l'équipe de direction soit parfois limitée au directeur et à l'agent comptable.

B - l'évolution de la démographie des agents de direction

Dans tous les régimes, des départs massifs d'agents de direction vont se produire après 2003. La prise de conscience des conséquences de ce phénomène est inégale selon les régimes et les branches.

Dans le régime général, une étude réalisée par l'UCANSS montre que de 2003 à 2013, les départs sont réguliers et massifs (de 3 à 7 % par an).
75, 5 % des agents de direction étant situés dans les tranches d'âges 40-55 ans, les effectifs aujourd'hui situés dans les tranches d'âges inférieures à 40 ans seront très largement insuffisants pour compenser un nombre de départs aussi massif. Toutes les branches présentent les mêmes tendances. Les différences tiennent davantage au décalage dans le temps de l'apparition des mêmes événements.

Dans les autres régimes, les perspectives sont globalement identiques. Elles sont sans doute plus graves que dans le régime général car l'âge moyen y est déjà plus élevé (50 ans, voire plus) et la taille réduite des caisses peut conduire au départ concomitant des deux seuls agents de direction, le directeur et l'agent comptable. Par ailleurs, il y a peu d'écart entre les moyennes d'âge des agents de direction placés aux différents grades et ce constat laisse présager, à structure identique de la population, des difficultés de remplacement à moyen terme des directeurs par les agents de direction de grade inférieur.

Il y aura donc, dans tous les régimes, un besoin important de renouvellement des cadres et des agents de direction. Il devrait en résulter un rajeunissement notable de l'encadrement de la sécurité sociale.

Cette situation constitue à la fois une contrainte et une chance pour les régimes. Ils doivent, en effet, développer une capacité d'anticipation et de gestion des départs en retraite et mieux organiser la mobilité et l'évolution de la carrière des agents situés dans les tranches d'âges intermédiaires. Par ailleurs, il faut porter une attention particulière aux conditions de renouvellement de ces agents (sélection, formation à la fonction, accompagnement des plus jeunes), d'actualisation des compétences et d'adéquation des profils à certaines fonctions. Les progrès réalisés en matière de formation et d'évaluation des agents de direction et de mobilité entre les régimes (voir *infra*) devraient y contribuer. Mais cela ne suffit pas.

En effet, tout le secteur public étant confronté à la même situation démographique au même moment, il y aura un risque de pénurie de candidats, surtout si, la croissance économique se poursuivant, un nombre croissant de jeunes choisissait de se diriger vers le secteur privé. Il est donc souhaitable que le recrutement puisse être ouvert en dehors des concours traditionnels (voir *infra*) et que l'évolution des structures des régimes, dans le sens d'un regroupement des caisses[27], rende les postes plus attractifs. Il est urgent que des réflexions s'engagent sur les conséquences des perspectives démographiques et les moyens d'y répondre.

II - Origine et formation des agents de direction

A - La voie d'accès normale aux fonctions de direction : le concours du CNESSS

Le centre national d'études supérieures de sécurité sociale (CNESSS)

Le CNESSS a été créé par le décret du 12 mai 1960 pour contribuer au recrutement des cadres supérieurs des régimes de sécurité sociale et assurer à ces agents une formation leur permettant d'exercer ultérieurement les fonctions d'agent de direction et d'agent comptable des organismes. Font appel au CNESSS le régime général, les trois régimes de non salariés non agricoles, le régime agricole et le régime des mines.

1. Les deux concours

Des efforts ont été faits pour améliorer le recrutement et la préparation des candidats aux concours par une meilleure communication, la rationalisation de l'activité des centres de préparation et la réforme des épreuves écrites et orales des concours. Il en est résulté une augmentation importante du nombre de candidats au concours externe (645 en 1989, 2408 en 1994 et 2290 en 1998). Par contre, les élèves issus de ce concours sont toujours très majoritairement titulaires de diplômes d'IEP ou de disciplines juridiques. S'agissant du concours interne, il faut constater la stagnation du nombre de candidats (193, 158 et 180 pour les mêmes années) alors qu'on pourrait s'attendre à une augmentation. En effet, le niveau élevé de formation initiale auquel les caisses recrutent depuis quelques années les cadres et même les employés devrait constituer un facteur favorable au développement des candidatures au concours interne. Depuis 1997, le nombre d'admis au concours interne est très proche de celui du nombre de places offertes, alors qu'auparavant, il y avait chaque année un report de 8 à 10 places sur le concours externe. La sélection reste cependant beaucoup moins sévère que pour le concours externe, le taux de réussite étant de 20 % contre 1,6 % en 1998.

Le besoin de diversification du recrutement du centre impose des actions prévues dans les axes stratégiques du CNESSS pour 1999/2001 (voir *infra*) : détection des potentiels dans les organismes, dynamisation de l'action des centres de préparation vers des publics diversifiés, recrutement par filière de compétences, diversification de la composition des jurys du concours d'entrée et de l'examen de sortie.

2. La scolarité

Le contenu pédagogique a, depuis dix ans, favorisé l'approche professionnelle et la mise en situation concrète à partir de méthodes participatives et actives d'enseignement, accordé plus d'importance aux travaux de recherche et favorisé l'individualisation des parcours de formation. L'évaluation de la formation dispensée par le CNESSS, et notamment de son adéquation aux attentes et aux besoins des organismes, a fait l'objet de deux rapports : le rapport sur "les compétences des agents de direction des organismes de sécurité sociale. Horizon 2000-2005"[28] et l'audit stratégique du CNESSS réalisé par l'IGAS en 1998 qui a fait un constat dans l'ensemble satisfaisant du fonctionnement de l'école et souligné son efficacité, tout en formulant certaines recommandations. Par ailleurs, le CNESSS organise une évaluation interne et continue des enseignements qui a contribué à l'évolution du contenu pédagogique de la scolarité. Les objectifs des stages de direction devraient être mieux définis et leur encadrement mieux assuré.

Les axes stratégiques 1999-2001 adoptés par le conseil d'administration le 25 mars 1999 s'efforcent de répondre à cette attente. Ils s'inscrivent dans la continuité des actions entreprises et reprennent certaines des propositions des rapports précités. Ainsi, l'accent est mis sur la nécessité d'axer la formation initiale sur les besoins des cadres supérieurs tels que ressentis par les organismes et d'adapter davantage encore la formation initiale à la diversité des métiers, aux nouvelles exigences et à la diversité des parcours des élèves. Cela suppose le développement des modules optionnels et la création d'une diversité de cursus de formation.

3. Détermination des besoins et affectation des élèves

Une commission de détermination des effectifs est chargée, au sein du CNESSS, d'évaluer le nombre de postes offerts aux deux concours d'entrée[29] qui est publié par arrêté interministériel. Les directeurs des caisses des différents régimes sont ensuite invités par le ministère à adresser au CNESSS des offres de postes de cadre de niveau 6 minimum qui seront réservés pour la sortie de l'école. A l'issue de la scolarité, les anciens élèves sont affectés par un arrêté du ministre compétent sur les emplois qui leur ont été réservés. Chaque ancien élève ainsi affecté est ensuite nommé par le directeur de l'organisme d'affectation. En pratique, il y a deux fois plus de postes offerts que d'élèves sortants et ceux-ci sont généralement affectés dans l'organisme où ils ont fait leur stage de direction, lequel mériterait d'être mieux défini dans ses objectifs et mieux encadré dans son déroulement.

L'imbrication des procédures de droit public et de droit du travail est ici encore patente. On peut s'interroger sur la pertinence d'une double procédure : l'affectation, procédure de droit public, alors qu'il s'agit d'agents de droit privé, et la nomination par la caisse où l'intéressé est affecté.

B - Les autres voies d'accès sont trop limitées

L'accès à la fonction d'agent de direction se fait selon trois voies correspondant à trois sections de la liste

d'aptitude.

La première section est réservée aux anciens élèves du CNESS ou assimilés[30] (985 en 2000).

La deuxième section est ouverte aux agents des caisses qui ont au moins 43 ans et qui ne sont pas des anciens élèves du CNESS. Le nombre d'inscrits est au plus égal au cinquième de la première section. Il y en avait donc 195 au 1er janvier 2000. Elle ne donne accès qu'à des postes de premier niveau d'agent de direction. Ensuite, pour progresser et être inscrit dans une classe supérieure de la liste d'aptitude, ces agents doivent suivre un cycle de perfectionnement organisé par le CNESSS à l'issue duquel est organisée une épreuve orale (et, depuis peu, une épreuve écrite) sanctionnée par une attestation. Afin de permettre à des informaticiens de haut niveau (niveaux VIII à X de la classification de 1992) de devenir agents de direction, l'arrêté du 25 septembre 1998 a créé deux nouvelles classes d'emplois réservées à l'accès aux postes de directeurs des centres informatiques[31].

La troisième section (15 personnes en 2000) est ouverte, dans la proportion du cinquantième du nombre d'inscrits en première section, à des fonctionnaires de l'Etat justifiant de certaines conditions[32]. Comme la première, la troisième section donne accès à toutes les classes d'emplois.

On peut regretter que l'accès aux postes de direction ne soit pas davantage ouvert, sur titres, à des personnes ayant acquis une expérience professionnelle au sein de l'institution (par exemple, les médecins conseils) et à l'extérieur. Les perspectives démographiques rendront cette ouverture plus nécessaire. Mais cela supposerait qu'en contrepartie des débouchés soient offerts aux agents de direction, tant dans le secteur public que dans des emplois privés. Actuellement, s'agissant d'agents de droit privé, ils ne peuvent pas être accueillis en détachement dans les administrations. Des modifications de textes devraient être mises à l'étude pour le permettre. D'autre part, leur départ pour des fonctions dans le secteur privé devrait être encouragé par des dispositions conventionnelles adaptées (telles que la mise en disponibilité), même si l'amélioration du marché de l'emploi des cadres y contribuera spontanément.

C -Les actions de perfectionnement

Compte tenu de la nécessaire adaptation des agents de direction aux évolutions de leur carrière, de la complexité et de la diversité croissantes des missions des caisses, le perfectionnement qui fait partie des missions réglementaires du CNESSS est une composante essentielle de la formation des personnels supérieurs de la sécurité sociale. Les axes stratégiques adoptés par le CNESSS ont ainsi conforté l'accent mis sur les formations d'accompagnement à la prise de fonctions.

L'offre de formation continue du CNESSS comporte deux grands axes : les formations réglementaires qui constituent le plus souvent une étape pour accéder à de nouvelles fonctions[33] ; et l'offre de formation en libre accès organisée en quatre rubriques : renforcer les bases du métier, maîtriser le management des hommes, développer l'entrepreneuriat social et s'ouvrir aux partenariats. Le CNESSS ne peut déterminer la proportion d'agents de direction ayant suivi une formation au cours d'une année car son fichier n'est pas exhaustif. Un des "axes stratégiques" est de créer un fichier des cadres supérieurs des caisses et de l'actualiser pour suivre leur cursus professionnel et mieux identifier la clientèle cible du perfectionnement.

La disposition de l'article 7 du protocole d'accord de 1995, relative au suivi d'une action de perfectionnement au moins une fois tous les deux ans, ne fait l'objet d'aucun contrôle. Conçu à l'origine comme un droit pour l'agent de direction, le perfectionnement est aujourd'hui ressenti par les intéressés comme une obligation à respecter tous les deux ans et on constate une forte augmentation des participations à un cycle de formation (+ 64 % entre 1992 et 1998).

La collaboration du CNESSS et de l'UCANSS, prévue par le protocole, pour l'élaboration des actions de formation et qui se traduit par des efforts pour coordonner la formation continue des cadres (dont l'UCANSS est responsable) et celle des agents de direction doit encore se développer. De même, l'objectif de faire exprimer par les caisses nationales les besoins de formation des agents de direction de leur branche n'est que partiellement atteint, soit à partir de demandes ponctuelles des caisses nationales (ainsi, une demande de l'ACOSS sur la formation au contrôle interne), soit à l'initiative du CNESSS (ainsi, en 2000, le thème du pilotage de la performance en relation avec les conventions d'objectifs et de gestion). Par ailleurs, en réponse à l'offre d'accompagnement à la prise de fonctions de directeur, les caisses nationales ont signalé au CNESSS

les agents de direction concernés.

Les autres régimes font appel au CNESSS pour le perfectionnement de leurs dirigeants[34]. Mais ils organisent également des formations sur des questions correspondant à leurs spécificités.

III - Les procédures de nomination et de retrait des fonctions des agents de direction

C'est dans les procédures de nomination que s'exprime le plus la spécificité de ces agents de droit privé gestionnaires d'un service public. En effet, les caisses, bien que juridiquement autonomes, ne sont pas libres dans la nomination de leurs agents de direction. L'intervention des pouvoirs publics est multiple : inscription, pour pouvoir postuler, sur une liste d'aptitude établie par une commission présidée par un haut fonctionnaire, agrément et retrait d'agrément par l'Etat. Tous les régimes étudiés ici sont soumis à la liste d'aptitude et à la procédure d'agrément. Par contre, seul le régime général est visé par la réforme de 1996 qui retire aux conseils, en droit et largement en fait, le pouvoir de choisir et de nommer le directeur et l'agent comptable.

A - La liste d'aptitude unifiée : un progrès important

Les agents de direction et les agents comptables des caisses sont obligatoirement nommés parmi les personnes inscrites sur la liste d'aptitude présentée plus haut, établie annuellement par catégorie d'organismes et d'emplois dans les conditions prévues par arrêté.

La liste d'aptitude
La liste d'aptitude distingue trois niveaux d'organismes (ainsi, les organismes des catégories A et B du régime général sont dans le même niveau 1) et huit classes d'emplois (six non informatiques et deux informatiques) réparties dans trois filières : emplois de directeur (classes D1, D2, D3) ; autres emplois de direction, y compris ceux d'agents comptables (classes AD1, AD2, AD3) ; emplois de direction de centre ou service informatique (classes IF1 et IF2).

Par ailleurs, la liste d'aptitude est divisée en trois sections (voir *supra*) : la 1ère ouverte aux anciens élèves du CNESSS et assimilés, la 2ème, aux cadres non issus du CNESSS et la 3ème, aux fonctionnaires de l'Etat.

Un arrêté du 25 septembre 1998 a fusionné les listes de différents régimes : régime général, AVA, ORGANIC, AMPI et mines. Cette liste unique s'applique aussi aux URCAM. Seul des régimes qui recrutent au CNESSS, le régime agricole conserve une liste spécifique établie sous l'autorité du ministère de l'agriculture[35].

Un certain nombre de conditions sont exigées pour l'inscription sur la liste d'aptitude. Elles ont pour objet d'organiser un déroulement de carrière régulier propice à l'acquisition de l'expérience professionnelle (limitation des possibilités d'accès aux fonctions de direction de plein exercice à partir d'un emploi de cadre, fixation d'une durée minimale d'exercice dans les fonctions de direction avant de postuler dans une autre classe). Des conditions relatives aux connaissances professionnelles sont également exigées des candidats non issus du CNESSS. La commission se prononce sur l'aptitude du candidat à accéder aux postes de direction selon l'importance des organismes et les catégories d'emplois en distinguant les postes de pleine responsabilité et les autres postes d'agents de direction.

La gestion de la liste d'aptitude par l'administration (DSS, DRASS) et la vérification des conditions d'inscription des candidats par l'UCANSS ont nécessité la constitution de bases de données : ITOSS[36] (base de données ministérielle) et ARIAD[37] (base de données de l'UCANSS) qu'il est envisagé de connecter pour les seules données administratives, à l'exclusion des appréciations qui pourraient, par contre, être accessibles aux caisses nationales par une liaison Internet protégée.

La réforme de la liste d'aptitude en 1998 et surtout, pour le seul régime général, la mise en place d'une nouvelle procédure de choix des directeurs et agents comptables ont beaucoup réduit la portée des critiques qui étaient adressées au mode de sélection des agents de direction.

B - La procédure de choix et de nomination : une rénovation inachevée

Les procédures de choix et de nomination ne sont pas communes aux différents régimes.

1. Un bilan positif de la réforme de 1996 dans le régime général

Dans les caisses de base, organismes de droit privé, les directeurs proposent à leur conseil d'administration la nomination des agents de direction autres que l'agent comptable[38] parmi les personnes inscrites sur la liste d'aptitude et qui ont adressé leur candidature au président du conseil de l'organisme. L'UCANSS vérifie la conformité des candidatures aux conditions administratives posées pour l'exercice des fonctions et transmet la liste des candidats remplissant les conditions, pour information, aux président et vice-président du conseil concerné, ce qui assure une égale information de la caisse sur les candidats.

Avant l'ordonnance du 24 avril 1996, les conseils d'administration choisissaient librement leurs directeur et agent comptable parmi les candidats inscrits sur la liste d'aptitude. Ce système avait parfois conduit à privilégier des agents déjà en poste dans l'organisme ou liés à une organisation syndicale. Depuis 1997, ce pouvoir de choix et de nomination a été largement transféré au directeur de la caisse nationale concernée. Celui-ci intervient dans le descriptif du poste rédigé et signé par lui et par le président du conseil de l'organisme recruteur, dans l'évaluation des candidats originaires de sa branche (fiche d'évaluation communiquée au comité des carrières) ; il participe au comité des carrières qui sélectionne les candidats jugés adéquats au profil du poste à pourvoir ; il établit la liste des trois candidats[39] qu'il propose au choix du conseil d'administration de l'organisme ; et enfin, il nomme le candidat retenu par cette instance.

Alors qu'au départ, les représentants des agents de direction étaient plutôt hostiles à la nouvelle procédure de nomination des directeurs et agents comptables, le comité des carrières et l'intervention des caisses nationales sont désormais bien acceptés, même des organisations qui n'y sont pas représentées (les associations professionnelles et les syndicats). Les agents de direction apprécient les progrès réalisés dans la transparence et l'objectivité de la procédure de sélection des candidats. Les candidats non retenus sont informés des motifs du rejet de leur candidature.

Le comité des carrières

L'ordonnance du 24 avril 1996 a institué auprès de l'UCANSS un comité des carrières des agents de direction. Il est présidé par un inspecteur général des affaires sociales et il comprend les directeurs des quatre caisses nationales, de l'UCANSS, du CNESSS, un DRASS et deux anciens directeurs ou agents comptables du régime général en retraite depuis moins de trois ans. Le comité des carrières a deux missions. Il émet en séance un avis motivé sur l'adéquation de chaque candidature au poste à pourvoir et il veille à la régularité et à la transparence du processus de nomination des directeurs et agents comptables. D'autre part, dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur, il veille à l'évolution des carrières des directeurs et des autres agents de direction et notamment à la mobilité des directeurs entre les caisses et entre les différentes branches et organismes du régime général.

Sur chaque candidat, le comité dispose d'un dossier comportant notamment une fiche d'évaluation établie par l'organisme national de la branche où il est connu et qui note les compétences de 1 (possession de la compétence faible) à 5 (possession de la compétence forte). Le comité envisage de réduire à 4 l'échelle de notation des compétences afin d'éviter que les directeurs des caisses nationales retiennent trop souvent le niveau 3. Au vu de ce dossier, le comité émet sur chaque candidature un avis : en adéquation, en adéquation partielle et en inadéquation avec le poste.

Dans les caisses nationales, établissements publics administratifs de l'Etat, le directeur est nommé par décret en conseil des ministres après avis du président du conseil de l'organisme concerné. Depuis un décret du 29 décembre 1998, le directeur nomme ses directeurs délégués, directeurs adjoints et sous directeurs[40], alors qu'avant, ils étaient nommés par arrêté. En contrepartie, ils sont soumis à l'agrément du ministre, procédure dont la justification n'apparaît guère au cas particulier. D'autre part, à la différence des caisses de base, les caisses nationales ne sont pas obligées de choisir leurs agents de direction sur la liste d'aptitude. Elles peuvent les recruter directement, en fonction du profil recherché, sur le marché de l'emploi privé ou dans l'administration (par voie de détachement sur contrat), ce qui est très positif. Sur l'ensemble des organismes

nationaux, cela ne concerne cependant que quelques dizaines de personnes.

2. Les autres régimes : une évolution nécessaire

Pour les quatre autres régimes examinés, il n'y a pas lieu de distinguer entre les catégories d'agents de direction et entre les caisses de base et les organismes nationaux, lesquels sont des organismes privés également : tous les agents de direction de toutes les caisses sont nommés par les conseils d'administration dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste d'aptitude.

L'extension aux régimes de non salariés non agricoles de la nouvelle procédure de nomination des directeurs et agents comptables mise en place dans le régime général a été repoussée par leurs caisses nationales au motif que cette procédure, jugée trop lourde au regard du nombre de nominations concernées, serait, en outre, mal ressentie par les conseils locaux qui, sauf dans de rares cas, s'accordent avec la caisse nationale sur le choix du candidat[41].

Les directeurs des caisses nationales des régimes de non salariés non agricoles souhaiteraient cependant participer au comité des carrières pour améliorer les conditions d'évaluation de leurs agents de direction et de gestion de leur carrière. Par contre, ils ne souhaitent pas que la nomination des directeurs des caisses locales leur revienne. Cela traduit une appréciation différente, dans ces régimes, de la répartition des compétences entre la caisse nationale et les caisses locales, d'une part, et entre les conseils et les directeurs, d'autre part.

L'uniformisation des procédures de tous les régimes n'est certes pas une fin en soi. Mais, s'agissant des agents de direction, il apparaît que seule une intervention des caisses nationales permet d'assurer une gestion optimale de leurs carrières.

C - le retrait des fonctions

Plusieurs procédures coexistent : le licenciement disciplinaire d'un agent de direction à l'initiative du conseil d'administration de la caisse, le retrait d'agrément par le ministre et la décision de fin de fonctions à la disposition des caisses nationales du seul régime général.

1. Des procédures disciplinaires règlementaires et conventionnelles étroitement imbriquées, mais a l'initiative du conseil d'administration de la caisse

Les mesures disciplinaires prévues à la fois par des dispositions réglementaires applicables à tous les régimes, y compris le régime agricole, et le plus souvent également par les conventions collectives sont la rétrogradation, la révocation[42] et le licenciement. Elles ne peuvent être prononcées par le conseil d'administration qu'après avis d'une commission de discipline instituée par arrêté ministériel pour chaque régime et présidée par le représentant du ministre compétent. Dans le régime général, la convention collective précise qu'il peut y avoir suppression partielle ou totale des indemnités. Elle prévoit également qu'en cas de faute dans l'exercice de leurs fonctions, les membres du personnel de direction peuvent faire l'objet d'une lettre d'observation. En cas d'urgence, l'agent de direction peut être suspendu avec ou sans traitement par le ministre ou son représentant territorial. La suspension cesse d'avoir effet si, dans un délai de 15 jours, la commission n'a pas été saisie. S'il s'agit d'un agent comptable, le ministre du budget a les mêmes pouvoirs.

En moyenne, pour l'ensemble des régimes, mêmes si les statistiques sont incertaines, les sanctions disciplinaires graves sont rares. Dans le régime général en 1999, deux directeurs et deux directeurs adjoints ont été licenciés.

2. Le retrait d'agrément : une sanction à la disposition du ministre

Les agents de direction nommés par le conseil d'administration[43] doivent faire l'objet d'un agrément par les autorités compétentes de l'Etat. Cet agrément est implicite à l'expiration d'un délai de six mois suivant la prise effective de fonctions de l'agent (décret du 2 juin 1999).

On peut se demander si l'agrément a encore une portée quand il s'applique aux directeurs et agents comptables du régime général qui sont désormais nommés par les directeurs des caisses nationales à l'issue

d’une procédure très encadrée. Il semble qu’il doive cependant être conservé essentiellement pour permettre le maintien du retrait d’agrément (voir *infra*). Il y aurait un ou deux refus d’agrément par an.

La compétence pour retirer l’agrément des agents de direction appartient exclusivement au ministre (chargé de la sécurité sociale ou de l’agriculture selon le cas). Elle est exercée conjointement avec le ministre chargé du budget pour les agents comptables. Le retrait d’agrément, qui est généralement motivé par l’intérêt du service, peut être prononcé après que l’intéressé et l’organisme qui l’emploie ont été, par la communication des motifs de la mesure envisagée, mis à même de présenter leurs observations. Les caisses nationales ne sont pas formellement consultées, à l’exception du régime agricole où le conseil central d’administration de la MSA est appelé à formuler un avis. Il serait justifié que les directeurs, et non les conseils, des caisses nationales du régime général soient officiellement consultés en cas de projet de retrait d’agrément visant un directeur ou un agent comptable.

Le retrait d’agrément entraîne de plein droit cessation des fonctions pour lesquelles l’agrément avait été accordé. Il en résulte, bien que cela ne figure pas dans les textes, l’obligation pour le conseil d’administration de procéder au licenciement de l’intéressé. Le contentieux du retrait d’agrément étant administratif et celui concernant le licenciement, judiciaire, des difficultés pourraient surgir. Une jurisprudence ancienne et rare considère que, suite à un retrait d’agrément, le licenciement ne constitue pas une rupture abusive du contrat de travail, la caisse n’ayant dès lors pas d’indemnité à payer. Il serait cependant préférable de clarifier les textes.

3. la fin de fonctions dans l’intérêt du service : une mesure à la disposition des caisses nationales du seul Régime général

La fin de fonctions dans l’intérêt du service

L’ordonnance du 24 avril 1996 a introduit une procédure permettant au directeur de la caisse nationale concernée de mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables, pour un motif tiré de l’intérêt du service, après avoir recueilli l’avis du conseil de la caisse locale employeur et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. La décision du directeur national devient exécutoire à l’expiration d’un délai d’un mois pendant lequel le conseil de la caisse locale concernée peut s’y opposer par un vote à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Il n’y a eu aucun cas d’application de cette disposition, faute de textes d’application et d’intérêt des partenaires conventionnels. Un projet de décret en cours de préparation apporte certaines précisions utiles : ainsi, la décision de fin de fonctions retirerait tout effet à l’agrément du directeur ou de l’agent comptable, mais elle n’a pas un caractère disciplinaire et ne vaut pas licenciement. Jusqu’au reclassement dans un autre organisme, le traitement de l’agent est maintenu par son organisme d’origine. Pendant cette période, il peut être mis à disposition d’un autre organisme du régime général. Enfin, il conserve le niveau acquis d’inscription sur la liste d’aptitude.

Cependant, plusieurs questions restent sans réponse : l’"intérêt du service" n’est pas défini, ce qui est sans doute préférable pour laisser à cette procédure la souplesse voulue, et le champ d’application temporel n’est pas précisé : le texte législatif ne fait aucune distinction entre les agents nommés avant et après son entrée en vigueur, le projet de décret pas davantage. Il faut en conclure que tous les directeurs et agents comptables en poste, quelle que soit leur date de nomination, peuvent faire l’objet de cette procédure, ce qui correspond au souhait des caisses nationales. Par ailleurs, la convention collective n’a toujours pas étendu la procédure de reclassement au cas de cessation de fonctions dans l’intérêt du service, son article 29 ne prévoyant de garanties qu’en cas de suppression de poste. Enfin, il y aura lieu de concilier la nécessité de reclasser l’agent de direction placé en fin de fonctions avec la nouvelle procédure de nomination.

4. La mise en cohérence des procédures de retrait de fonctions

Pour les directeurs et agents comptables du régime général, il y a donc trois procédures appartenant à trois autorités différentes, ce qui crée des risques de conflits entre, d’un côté, le directeur de la caisse nationale qui nomme et peut mettre fin aux fonctions et l’Etat qui accorde et peut retirer l’agrément et, de l’autre, entre le conseil d'administration local et le directeur de la caisse nationale à propos d’une décision de fin de fonctions. Il y avait déjà une difficulté de coordination entre les procédures de retrait d’agrément (initiative Etat) et de licenciement (initiative du conseil). Il pourrait y en avoir une autre dans la mesure où il sera parfois difficile

de distinguer clairement entre la mesure disciplinaire et celle prise dans l'intérêt du service.

5. Synthèse

A la réflexion, chacune de ces procédures conserve sa justification et peut donc être maintenue, sous réserve de bien clarifier leur finalité et leurs effets dans des textes appropriés :

- L'Etat doit conserver le pouvoir dans une situation extrême de retirer l'agrément d'un agent de direction dès lors que le conseil d'administration ne se décide pas à engager une procédure disciplinaire et que la caisse nationale reste passive. Ce retrait d'agrément devrait signifier clairement obligation pour le conseil de la caisse de licencier l'agent concerné.

- La caisse nationale doit pouvoir mettre fin aux fonctions pour des motifs tirés de l'intérêt du service. Cette procédure, prévue par l'ordonnance de 1996, qui permettrait de résoudre des situations difficiles tout en maintenant les chances de reclassement de l'intéressé, doit être mise en place le plus rapidement possible.

- Le pouvoir disciplinaire appartient logiquement à l'employeur juridique de l'agent de direction, c'est-à-dire au conseil d'administration de l'organisme. Cependant, la question se pose de la cohérence entre les pouvoirs de nomination, d'évaluation et de sanction. En effet, désormais, le directeur de l'organisme national est compétent pour nommer et évaluer les directeurs et les agents comptables et pour apprécier la gestion des caisses locales. Il y a donc un conflit entre la logique juridique et la cohérence des pouvoirs, conflit dont il est impossible de sortir sans retirer tout pouvoir au conseil d'administration sur son directeur et son agent comptable.

III – La carrière des agents de direction

A - Des niveaux de rémunérations non corrélés à l'importance des organismes

La classification des agents de direction et le classement des organismes sont fixés par la convention collective propre à chaque régime. Au croisement de la position de l'agent dans la classification et du niveau de l'organisme correspond un coefficient de base auquel peuvent s'ajouter des échelons et diverses rémunérations accessoires.

1. Le régime général

Les rémunérations sont régies par le protocole d'accord du 27 mars 1995 qui s'est efforcé d'apporter des réponses aux difficultés d'application de l'avenant du 22 juin 1990.

Le protocole de 1995 a apporté des réponses satisfaisantes

Le classement des fonctions et des caisses
Le protocole a classé les agents de direction en quatre niveaux : directeur : niveau 4 ; agent comptable : niveau 3 ; directeur adjoint : niveaux 2 ou 3 ; sous- directeur : niveaux 1 à 3. L'évolution dans les fonctions entre les niveaux 1 à 3 dépend de l'organigramme de l'organisme, des moyens budgétaires prévus, de l'expérience professionnelle acquise, de l'inscription dans la classe correspondante de la liste d'aptitude. Elle est décidée par le conseil de l'organisme sur proposition du directeur pour chaque agent concerné.

Par ailleurs, les organismes du régime général sont classés en quatre catégories : A,B,C et D sur la base de critères quantitatifs propres à chaque branche et permettant de positionner dans une série continue chaque organisme par rapport à l'autre. Le nombre d'organismes classés en A, B, C ou D est fixé pour chaque branche par l'accord conventionnel[44]. Dès lors, toute évolution du classement des caisses doit se faire à somme nulle pour chaque catégorie. Cette série continue est actualisée chaque année par les organismes nationaux et transmise à l'UCANSS. Par contre, le changement des critères de classement souhaité par une

branche doit être discuté à l'UCANSS avec les autres caisses nationales.

La rémunération des fonctions de direction se compose du coefficient exprimé en points et de points d'échelons. Le coefficient multiplié par la valeur du point fixée conventionnellement donne le montant de la rémunération de base. Les coefficients sont fonction, d'une part, du niveau hiérarchique et, d'autre part, du classement de l'organisme où sont exercées les activités. Par ailleurs, à chacun des quatre niveaux hiérarchiques (1 à 4) est institué un système d'échelons : il s'agit, pour les directeurs, d'échelons de carrière de 20 points chacun et, pour les autres agents de direction, d'échelons de qualité, respectivement de 10, 15 et 20 points. Aux termes du protocole, ces échelons sont normalement attribués en fonction des résultats atteints, l'un après l'autre, tous les deux ans au mieux. En cas de changement de niveau ou d'organisme occasionnant l'attribution d'un coefficient supérieur, les échelons acquis antérieurement disparaissent (la rémunération est maintenue dans tous les cas).

Les échelons font l'objet d'une enveloppe budgétaire spécifique et limitative dans le budget de l'organisme approuvé par la caisse nationale concernée. Ils sont accordés par le président du conseil au directeur et par le directeur aux autres agents de direction. La circulaire ministérielle du 14 février 1996 précise que cet avis après avis du DRASS doit être notamment fondé sur les résultats du contrôle des comités départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (CODEC), sur l'évaluation des performances de la caisse telles que retracées dans les indicateurs de gestion de la branche, ainsi que sur l'appréciation des initiatives prises au plan local en matière de gestion du risque et d'amélioration des relations avec les usagers. L'avis peut être favorable sans délai, défavorable, ou exprimer le caractère prématuré de l'attribution d'un échelon. L'attribution des échelons devant être sélective, selon l'esprit et la lettre de l'accord, ainsi que rappelé dans l'agrément ministériel, il était recommandé aux organismes nationaux de doter la ligne d'un montant autorisant au maximum un tiers des agents de direction à bénéficier d'un échelon la première année de mise en œuvre du protocole

A s'en tenir à la lettre, le dispositif paraît garantir une adéquation entre l'octroi d'avantages au choix, les efforts réalisés et les résultats obtenus.

Une mise en œuvre partielle des objectifs[45]

Le bénéfice procuré par l'avenant de 1990, très variable selon les fonctions exercées, avait été rapidement relativisé par la mise en œuvre de la nouvelle classification des cadres et employés de 1992[46], comme l'a démontré un rapport de l'IGAS de 1994. Cette classification avait beaucoup amplifié le recouvrement (dit "tuilage") des rémunérations des cadres et des agents de direction. Or, il était prévu qu'un agent de direction ne pouvait pas être rémunéré à un niveau inférieur à celui du cadre du plus haut niveau dans l'organisme. Ceci explique le repyramidage de la grille des agents de direction et la revalorisation des coefficients étalée sur quatre ans opérés par le protocole de 1995. Depuis le 1er juillet 1998, la grille est définitive et ne semble plus susciter de revendications.

Une autre ambition était d'avantager relativement les fonctions de direction de plein exercice, par rapport aux autres. Dans la nouvelle classification, un directeur d'organisme de catégorie A a vu son coefficient progresser entre 1995 et 1998 de 44 points, soit + 1 890 F par mois. De fait, la progression maximum a profité aux fonctions de directeur de plein exercice et d'agent comptable ainsi que de directeur adjoint des caisses les plus importantes. Cependant, les écarts ne sont pas tels qu'ils puissent répondre à l'objectif qui avait été énoncé.

Le protocole du 27 mars 1995 visait aussi, ainsi que l'indiquait le ministre dans sa lettre d'agrément du 18 avril 1995, à mieux gérer le déroulement de carrière des agents de direction en distinguant les mesures générales liées à la fonction exercée et les mesures individuelles reposant sur le mérite des agents. Or, la personnalisation de la rémunération des agents de direction introduite par l'avenant de 1990 avait été très critiquée : limitée à 10 % de la rémunération de l'intéressé et décidée par la caisse nationale pour les directeurs et par le directeur de l'organisme pour les autres agents, elle bénéficiait à 7,7 % des agents de direction à la fin de 1993. Les reproches essentiels que lui adressaient les intéressés visaient le pouvoir nouveau ainsi accordé aux caisses nationales (c'était avant le "plan Juppé"), l'avis des conseils et des DRASS apparaissant très formel ; et aussi le fait que cette forme d'intéressement était réservée aux agents de direction, alors que la réussite d'une caisse est le fruit d'un travail collectif.

Le protocole de 1995 n'a pas repris cet élément, ce qui le situe sur ce point en recul par rapport à celui de 1990. Par contre, il a mis en place des points pour fonctions multiples ainsi qu'un avancement au choix. Le

problème de l'intéressement est par ailleurs posé par les COG au niveau de l'ensemble des branches et pour tout le personnel. L'avancement au mérite se traduit désormais par les échelons de carrière (directeurs) et les échelons de qualité (autres agents). Même si la progression d'une année à l'autre est assez rapide, il reste encore des marges importantes d'attribution d'échelons[47]. De toute façon, la progression de carrière ne se pose pas de la même façon pour les agents de direction que pour les employés et cadres. Les perspectives de promotion sont plus importantes que les avancements à l'intérieur d'un même niveau.

Le niveau des rémunérations correspondant au produit du coefficient par la valeur du point (42,9694 F en 1999) va de 22 129,24 F par mois pour le premier niveau 1D à 44 430,36 F pour le niveau le plus élevé de directeur de grande caisse (4A) (il y en a 25 y compris les organismes nationaux), soit du simple au double. Mais il faut ajouter les 13ème et 14ème mois et les échelons. Ainsi, un directeur de caisse A peut gagner en brut 51 835 F, sachant que 60 points d'échelons (le maximum) ajouteraient 2578 F par mois, auxquels peuvent s'ajouter pour certains les points correspondant aux cumuls de fonctions dans des organismes de base ou dans d'autres organismes[48].

Ces échelons au mérite ne permettent pas une individualisation significative des rémunérations des agents de direction, ce qui est une lacune regrettable du protocole de 1995. Ils sont, en effet, jugés trop peu importants en francs pour justifier la mise en œuvre d'une procédure d'attribution reposant sur le constat des mérites particuliers de l'agent. En pratique, ces points sont attribués sans véritable intervention supérieure, ni de la caisse nationale, ni du DRASS. Il est vrai que lors de leur création, en 1995, la procédure d'évaluation n'existait pas. Mais encore actuellement, l'entretien prévu avec l'agent de direction préalablement à l'octroi éventuel des points n'est, le plus souvent, pas pratiqué. Le bilan prévu pour la fin de 1996 n'a pas été fait.

Au-delà de l'intéressement dont le principe est prévu par les COG, se pose la question de la mise en place, à la disposition des caisses nationales, d'une sanction financière positive et réversible de la gestion des directeurs et agents comptables qu'elles doivent désormais évaluer.

2 - Les autres régimes

La méthode de rémunération des agents de direction est la même dans ces régimes que dans le régime général.

Le classement des caisses d'un régime à l'autre manque de cohérence

Le seul critère de classement des caisses dans les régimes de non salariés non agricoles est le nombre d'assurés (cotisants et bénéficiaires), tous les organismes d'un régime ayant les mêmes fonctions. Dans ces trois régimes, qui ont chacun le même nombre de caisses (à une unité près), on trouve un classement en quatre catégories même si le régime des commerçants a dédoublé la catégorie exceptionnelle. Par contre, il n'y a que trois catégories dans le régime agricole qui a pourtant un nombre de caisses très supérieur.

La comparaison entre les caisses de retraite et les caisses mutuelles régionales (CMR) du régime AMPI montre que, bien que plus importantes, les CMR sont majoritairement classées dans les deux classes inférieures (16 sur 30), alors que pour ORGANIC, on y trouve seulement 5 caisses sur 32 et à la CANCAVA, 12 sur 32. Or, les deux classes inférieures de la CANAM correspondent à des nombres d'assurés qui vont jusqu'à 70 000 assurés, soit des effectifs atteints seulement dans les plus importantes des caisses exceptionnelles des régimes de retraite. Le constat objectif des différences entre les missions des caisses de retraite et celles des CMR ne suffit sans doute pas à expliquer ces écarts. Or, ces classements ont pour effet de mieux rémunérer, à effectifs équivalents d'assurés, les agents de direction des régimes AVA et ORGANIC par rapport à ceux du régime AMPI.

Le classement des caisses de MSA et la diversité de leurs missions (elles gèrent toutes les branches pour deux catégories de populations dont les régimes sont différents : les salariés et les exploitants agricoles) rendent difficile une comparaison avec les caisses non agricoles. Les critères de classement retiennent une pondération entre trois indicateurs : les prestations servies, les cotisations encaissées et la population relevant de la caisse[49].

Les rémunérations intègrent une part excessive d'avancement à l'ancienneté

Les composantes de la rémunération

Dans les quatre régimes, on retrouve : un avancement au choix à l'intérieur d'une fourchette indiciaire ou par attribution de points et d'échelons ; un avancement à l'ancienneté, le maximum allant de 20 à 40 % du coefficient selon les régimes, dont une proportion importante des agents de direction a atteint le plafond. La rémunération est calculée sur 13,75 à 14,166 mois selon les régimes et des zones de salaires ont été maintenues dans les trois régimes ORGANIC, AVA et AMPI. Par ailleurs, une majoration de 13 % de l'indice est prévue en cas de cumul de fonctions (ORGANIC, CANCAVA et AMPI). Mais, paradoxalement, il y a peu de cumuls alors que les caisses sont de petite taille. Dans le régime agricole, des majorations plus importantes ont été prévues afin de favoriser les rapprochements entre les organismes.

L'importance de l'avancement à l'ancienneté, s'agissant d'agents de direction, est excessive. Par ailleurs, comme dans le régime général, les caisses nationales n'ont pas la possibilité de sanctionner positivement la gestion des directeurs de leur réseau[50]. L'avancement au choix reste exclusivement ou presque dans les mains des conseils d'administration locaux. Il serait souhaitable que les caisses nationales puissent attribuer des avantages non permanents tenant compte des résultats obtenus en fonction des objectifs définis dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG).

3 - Appréciation des rémunérations offertes par les cinq régimes

L'examen des rémunérations offertes par les différents régimes aux agents de direction pour des catégories correspondantes d'organismes et des grades identiques montre que le régime général offre des rémunérations plus importantes mais qu'il y a plus de différence entre un directeur en fin de carrière et un sous directeur de caisse importante dans les régimes autres que le régime général. Cela confirme que le régime général ne récompense pas assez, relativement, les fonctions de pleine responsabilité par rapport aux autres fonctions de direction.

Il faut toutefois relativiser ces appréciations en fonction de l'importance des caisses : en effet, comparer la situation des directeurs des différents régimes responsables de caisses de catégorie supérieure ou moyenne revient à comparer des caisses aux effectifs très différents, notamment, entre le régime général d'une part et les autres régimes. Les 20 caisses (sur 375) classées en catégorie supérieure (A) dans le régime général sont celles de la région parisienne ou des grandes régions, fortes de milliers d'agents. Les plus importantes des caisses des autres régimes ne peuvent leur être comparées[51]. Dès lors, on peut considérer que la faible différence de rémunération entre les directeurs des différents régimes avantage de façon sensible ceux des régimes de non salariés et du régime agricole.

b - La mobilité des Agents de direction reste insuffisante

1. Le régime général

L'insuffisante mobilité reprochée aux agents de direction était due en partie aux pratiques de première nomination à un niveau de classement élevé : en 1980, plus de 40 % des premières nominations se faisaient à un niveau de directeur de caisse. En 1990, sur 86 premières affectations, en tant qu'agents de direction, il y avait encore 11 nominations de directeurs, soit
13 %. Une mobilité plus grande est constatée depuis quelques années.

Des dispositions réglementaires récentes ont encouragé la mobilité

Les modifications intervenues récemment dans les conditions d'inscription sur la liste d'aptitude ont imposé un déroulement de carrière plus progressif. Ainsi, en application de l'arrêté du 25 septembre 1998, il faut, pour pouvoir être inscrit sur la liste d'aptitude, justifier d'une durée minimale de fonctions dans un niveau inférieur. Par ailleurs, la circulaire ministérielle du 26 octobre 1998 précise que si l'exigence de mobilité (accomplie ou potentielle) ne constitue plus un critère dirimant à l'inscription, elle demeure un élément essentiel de l'évaluation et continuera d'influer de manière déterminante sur l'appréciation des demandes de renouvellement d'inscription sur la liste d'aptitude.

La reconduction automatique d'inscription est limitée dans le temps. A l'issue d'une période de trois ou cinq ans selon les cas, les agents devront établir chaque année une demande à l'effet d'obtenir une nouvelle

inscription dans la même classe aussi longtemps qu'ils souhaiteront y être inscrits. Il s'agit, à l'issue d'une période raisonnable, d'apprécier la volonté réelle des candidats d'occuper les emplois correspondant à l'inscription obtenue, d'apurer la liste d'aptitude des inscriptions de pure forme et surtout de favoriser la mobilité.

Par ailleurs, un décret du 29 décembre 1998 dispose que seul peut être nommé directeur d'un organisme de sécurité sociale un agent déjà agréé dans des fonctions d'agent de direction. Ainsi ne peuvent plus être nommés directeurs des candidats n'ayant aucune expérience d'agent de direction. En outre, si le candidat exerce à la date de la publication de la vacance du poste de directeur des fonctions d'agent de direction depuis plus de sept ans consécutifs dans l'organisme considéré, il doit avoir exercé précédemment au moins une fonction d'agent de direction dans un organisme différent[52]. Ces dispositions ne s'appliquent qu'au régime général et au régime agricole.

Les dispositions conventionnelles favorisant la mobilité

L'accord de 1995 prévoit des mesures pour favoriser la mobilité géographique des agents de direction : l'obligation faite aux organismes de déclarer toute vacance de poste de direction à l'UCANSS, qui en assure la publication, ainsi que des aides financières. En outre, la rémunération est maintenue même si les échelons déjà acquis sont supprimés. Par ailleurs, la convention collective prévoit la position de détachement, pendant au plus cinq ans, des agents de direction dans une administration publique[53], une collectivité territoriale, un organisme de sécurité sociale d'un autre régime, un organisme chargé d'une mission de service public ou relevant du code de la mutualité ou dans une organisation internationale, un organisme social d'un pays étranger.

Le rôle positif du comité des carrières

La procédure de nomination mise en place par l'ordonnance de 1996 avait pour objet de permettre un choix plus éclairé, plus professionnel des directeurs et des agents comptables. Elle a eu, en outre, pour effet d'accroître la mobilité des intéressés.

Une étude a été effectuée par le comité des carrières en décembre 1998 pour déterminer si les pratiques en matière de nomination des directeurs ont évolué depuis sa création. Si l'accession à la fonction de directeur s'opère toujours en moyenne en 21 ans au total, par contre, le temps pour accéder à une première fonction d'agent de direction s'est réduit (12,5 ans à compter de l'entrée dans l'institution) alors qu'il s'est accru pour devenir directeur (8 ans ½). La grande majorité des directeurs ont leur premier poste de directeur dans un organisme de catégorie D et l'âge moyen pour occuper un premier poste de directeur est de 45 ans (40 ans pour les anciens élèves du CNESSS et 50 ans pour les autres). Les agents comptables mettent en moyenne 17ans ½ pour parvenir à une première fonction et 42 % d'entre eux n'ont pas occupé précédemment une fonction d'agent de direction.

C'est sur la mobilité que l'étude montre le plus d'évolution. S'agissant de la mobilité géographique, avant la création du comité, pour accéder à un premier poste de directeur, 54 % des directeurs nommés entre le 1er janvier 1994 et le 30 septembre 1996 ont pris la direction de l'organisme dans lequel ils occupaient auparavant une fonction de direction, 27 % ont changé de région, 15 % de département au sein de la même région et 4 % ont changé d'organisme au sein du même département. Par contre, pour les directeurs nommés entre 1996 et 1998, 75 % ont changé de département et 56 % de région. Pendant cette même période, la mobilité géographique des agents comptables est moins forte, sans doute parce que le nombre de postes vacants est plus important que celui des directeurs.

Si les progrès sont réels, ils restent encore insuffisants. En effet, les directeurs font preuve d'une mobilité géographique trop limitée. Une fois arrivés au sommet de l'échelle des catégories d'organismes, ils ne bougent plus, sauf pour se rapprocher d'une région préférée.

Le comité des carrières favorise aussi la mobilité inter branches. Ainsi, entre novembre 1998 et octobre 1999, les candidats nommés par la caisse nationale sur proposition du président de l'organisme concerné étaient issus d'une autre branche à raison de 27% pour la branche famille, 44 % pour la branche maladie et 45 % pour la branche du recouvrement. Limités aux seuls directeurs, ces pourcentages deviennent respectivement 21, 38 et 37. Les CAF accueillent donc moins volontiers des directeurs issus d'une autre branche que les URSSAF et

les CPAM. Même si les proportions varient d'une année à l'autre, la tendance reste la même.

En revanche, la mobilité inter régimes est encore limitée : elle a concerné seulement 7 % des candidats pour les postes de directeurs et 8 % pour les postes d'agents comptables au cours de la période novembre 1997-octobre 1998.

Le corps de mission : une forme de mobilité interne transitoire

L'UCANSS dresse chaque année un bilan du corps de mission. Depuis 1996, 10 missions ont été effectuées sur des thèmes très divers[54] par des agents de direction des différentes branches. Dans la pratique, les candidatures reçues correspondent le plus souvent à des agents de direction que les caisses nationales souhaitent éloigner de leur organisme. Les agents du corps de mission sont suivis administrativement par l'UCANSS, le suivi technique des travaux devant être assuré par la caisse nationale qui a choisi le thème et défini le cahier des charges, ce qui n'est pas toujours le cas.

La crainte émise en 1995 de voir le corps de mission devenir le lieu d'accueil d'agents durablement mis à l'écart ne s'est pas réalisée. Les règles fixées ont été rigoureusement respectées et les caisses nationales, l'UCANSS et le ministère jugent positif le bilan de cette formule qui donne le temps, mais aussi crée l'obligation, de rechercher un débouché à l'agent[55]. En outre, les rapports réalisés sont considérés comme sérieux et intéressants. Après validation par le comité, ils sont mis à la disposition de toutes les caisses.

Cette solution doit donc être encouragée dans le respect des règles prévues.

Le corps de mission

L'accord de 1995 (art. 8) a créé un corps de mission pour répondre à des besoins d'intérêt commun d'études transversales, de soutien logistique, ou de coopération technique, dans le domaine de la protection sociale au sens large. La gestion de ce corps de mission est confiée à l'UCANSS et son fonctionnement est assuré par un comité présidé par le président de l'UCANSS et composé du président ou directeur de chaque organisme national, du directeur de l'UCANSS, du directeur du CNESSS et d'un représentant de chaque syndicat national d'agents de direction.

Le corps de mission comprend 5 postes annuels, à pourvoir selon le principe d'appel à candidatures parmi les seuls personnels de direction en activité. Le comité sélectionne les candidats en fonction des propositions de missions qui lui sont faites tant par les caisses nationales, l'ACOSS et le CNESSS que par des demandes externes à l'institution. Les agents de direction dont la candidature a été retenue par le comité sont rattachés administrativement à leur dernier organisme employeur qui continue de les rémunérer, le comité opérant le remboursement de ces sommes pendant la durée des missions. Le financement du corps de mission est assuré par un fonds mutualisé intégré dans le budget de l'UCANSS, alimenté par chaque caisse nationale et par les recettes des institutions, associations ou sociétés, pour le compte desquelles les missions sont exercées.

La durée de la mission ne peut excéder un an mais peut être prolongée à titre exceptionnel pendant six mois. Avant son achèvement, le comité examine avec le directeur de la caisse nationale concernée les conditions et modalités de réintégration dans la branche de l'agent en cause.

2 - Les autres régimes

Quatre régimes (régime général, AVA, ORGANIC et AMPI) ont adopté des dispositions convergentes pour favoriser la mobilité des agents (le régime agricole restant à part) :

- tirant les conséquences de la création de la liste d'aptitude unique, les régimes de non salariés se sont associés, afin de faciliter la mobilité inter régimes, à la base de données ARIAD gérée par l'UCANSS. Chaque vacance de poste dans un régime est transmise à la caisse nationale des autres régimes (ou à l'UCANSS) qui la diffuse à ses caisses par circulaire ;

- les mutations inter régimes sont traitées comme les mutations internes à chaque institution (s'applique à tout le personnel) : les périodes d'activité accomplies dans ces régimes sont prises en compte pour le calcul de

l’ancienneté et le bénéfice des avantages conventionnels existants dans l’organisme preneur.

Le décret du 29 décembre 1998 imposant pour être nommé directeur d’avoir déjà occupé une fonction d’agent de direction et d’avoir fait preuve d’une mobilité minimale (voir *supra*) n’a pas été étendu aux trois régimes de non salariés non agricoles, à leur demande, en raison de la faible taille des organismes et donc du nombre limité d’agents de direction. En outre, la répartition des caisses entre les catégories ne permet pas de faire fonctionner valablement un tel système par le recrutement interne au régime. Enfin, l’appel aux autres régimes ne permettrait pas de répondre aux besoins de recrutement dans les plus petites caisses.

Pour favoriser la mobilité, les conventions collectives des régimes de non salariés et du régime agricole prévoient des aides et des incitations financières, ainsi que des jours de congé. Enfin, dans le régime AVA, diverses dispositions encouragent la mobilité externe au régime. Mais le fait que, dans ce régime notamment, les caisses ne comprennent le plus souvent qu’un directeur et un agent comptable et qu’elles se concentrent sur deux catégories (1ère et 2ème) a pour conséquence de limiter fortement les possibilités de mobilité interne au régime, la mobilité à grade égal n’étant pas encouragée.

c - L’évaluation

Avant 1996, les agents de direction faisaient l’objet d’une notation par l’administration[56] dans le cadre d’une demande d’inscription dans une classe supérieure de la liste d’aptitude. Mais la culture d’évaluation est jusqu’à présent peu développée au sein des institutions de sécurité sociale, comme dans l’ensemble du secteur public. La détermination d’objectifs au sein des COG et dans les CPG rend indispensables les processus d’évaluation des résultats mais aussi des personnes et, en premier lieu, des agents de direction. En outre, le double mécanisme de sélection des directeurs et des agents comptables, par la liste d’aptitude et par le comité des carrières, imposait la mise en cohérence des processus d’évaluation.

1. La rénovation des procédures d’évaluation

L’évaluation des candidats à une inscription sur la liste d’aptitude ou à un poste

Les réformes intervenues depuis 1996 ont rendu nécessaire l'élaboration d'une méthodologie d’évaluation des agents de direction dans les différents régimes. La mise en place d’une liste d’aptitude commune couvrant les principaux régimes obligatoires, à l’exception du régime agricole, a été l’occasion d’une réflexion sur l’évaluation des agents de direction et des cadres des organismes de sécurité sociale, en cohérence avec les procédures d’évaluation des organismes mises en œuvre dans le cadre des COG.

Une circulaire ministérielle du 26 mai 1999 a défini les méthodes d’évaluation sur la base d’un rapport élaboré par le président du comité des carrières. La démarche s’est fondée sur les expériences développées autour de la gestion de la liste et par le comité des carrières ainsi que sur les référentiels de compétences et d’activités propres aux branches. Elle a débouché sur une approche unifiée des candidatures, assurée par l’harmonisation des critères, des procédures et des dossiers.

L’évaluation est d’abord réalisée au niveau local par le président de l’organisme (pour les directeurs) ou par le directeur (pour les autres agents), par le DRASS pour tous les candidats en fonction dans les organismes de sa circonscription et par le membre régionalisé de l’IGAS (dans certains cas seulement). Le principe d’une évaluation par les caisses nationales sous la forme d’un avis écrit a été retenu, au moins pour les candidats exerçant une fonction de directeur. Il faut qu'il soit mis en œuvre rapidement. Les caisses nationales devraient également être destinataires des évaluations faites par les DRASS et par l'IGAS.

La méthodologie, fondée essentiellement sur les entretiens individuels d’évaluation, et les outils (guide d’entretien, grille d’évaluation et fiche récapitulative d’évaluation annexés à la circulaire) doivent être communs à tous les évaluateurs. L’évaluation des personnes et l’évaluation des résultats des structures, à travers les CPG, doivent s’enrichir mutuellement sans se confondre. Le système de la notation chiffrée est supprimé et remplacé par un classement des candidats par niveau (A, B et C selon que les aptitudes et potentialités sont fortes, moyennes ou faibles). Pour les agents n’exerçant pas dans un régime compris dans le champ de la liste d’aptitude (agents de la MSA et fonctionnaires), la commission de la liste d’aptitude doit définir les règles d’assimilation.

Au niveau national, l'appréciation des demandes d'inscription par la commission de la liste d'aptitude est effectuée "au vu des divers éléments contenus dans les dossiers et en fonction des avis qu'elle juge opportun de recueillir". Afin de mieux assurer l'égalité de traitement des candidats, le contenu du dossier type est défini et la forme des avis recueillis par la commission est normalisée.

L'évaluation en continu est en projet

La réflexion se poursuit sur la mise en œuvre, au sein d'une ou de deux branches du régime général, d'une expérimentation d'un processus d'évaluation globale et en continu de l'ensemble des agents de direction. L'évaluation des personnes est très liée à l'évaluation des actions ou des organismes. Elle doit nécessairement faire partie du suivi de l'application des COG. Dès lors, elle devrait avoir lieu tous les trois ans, indépendamment d'une demande d'inscription sur la liste d'aptitude ou d'une candidature adressée au comité des carrières. Les travaux sur la base ITOSS ont montré que 14 % des agents de direction et 27 % des seuls directeurs ne font l'objet d'aucune évaluation.

2 - La mise en œuvre de l'évaluation

Un travail important de conception a été réalisé par le ministère, même s'il n'est pas encore achevé. Il faut maintenant passer à la phase d'application concrète. S'agissant des agents demandant une inscription sur la liste d'aptitude, la nouvelle procédure devait s'appliquer pour l'établissement de la liste 2000. Les nouveaux outils annexés à la circulaire (grille d'évaluation décalquée de celle du comité des carrières, guide d'entretien et fiche récapitulative établie par l'employeur) ne sont peut-être pas encore bien utilisés. Mais ils ont le mérite d'exister et d'être homogènes pour tous les évaluateurs. Une formation à l'évaluation doit être organisée par l'école nationale de la santé publique (ENSP) au profit des agents de l'Etat.

Il est important de souligner que cette démarche d'évaluation et les outils mis en place sont communs au régime général et aux trois régimes de non salariés. En revanche, le régime agricole reste à l'écart de cet effort. Il est souhaitable que le ministère de l'agriculture s'associe à cette démarche.

Les suites à tirer de l'évaluation doivent être déterminées. En cas d'évaluation négative, elles sont délicates à mettre en œuvre. Si un changement de fonction, voire d'organisme n'est pas accepté par l'agent, il s'agit d'une mesure disciplinaire devant suivre la procédure prévue et susceptible de faire l'objet d'un recours devant les prud'hommes. Par ailleurs, beaucoup d'acteurs interviennent (directeurs, conseils, caisse nationale), ce qui peut bloquer des voies de solution. La procédure de fin de fonctions dans l'intérêt du service pourrait être mise en œuvre par la caisse nationale, mais elle implique un reclassement. Il s'agit là de mesures extrêmes et rares : le plus souvent, l'évaluation débouchera sur le constat de certaines insuffisances justifiant l'édiction de recommandations par l'évaluateur pour y remédier. En cas d'évaluation positive, la sanction peut prendre la forme d'échelons de carrière ou de qualité (voir *supra*), d'évolution des niveaux de qualification, d'inscription dans une classe supérieure de la liste d'aptitude ou de saut de classe.

La sanction de l'évaluation, positive ou négative, pose le problème du pilotage intégral par les caisses nationales de la mobilité et de la carrière des agents de direction et de la mise à disposition de celles-ci d'éléments réversibles de personnalisation de la rémunération. Mais cela supposerait que les caisses nationales soient partie prenante aux négociations collectives voire même que leurs directeurs y constituent la parité patronale[57].

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Les conditions de formation, de recrutement et de gestion des carrières des agents de direction se sont incontestablement adaptées à l'évolution des missions des caisses et aux exigences de qualité et de performance qui leur sont imposées, notamment dans les CPG. Ainsi, en matière de formation initiale et de perfectionnement, le CNESSS s'efforce de plus en plus de s'adapter aux besoins des caisses grâce à une coopération croissante avec l'UCANSS et les caisses nationales. De même, les procédures de recrutement ont été notablement améliorées par la mise en place d'une liste d'aptitude unifiée entre cinq régimes et surtout par la création du comité des carrières et les nouvelles responsabilités confiées aux caisses nationales du régime général. La mobilité des agents de direction s'est accrue et de nouvelles méthodes d'évaluation ont été mises au point.

Mais ces progrès ne valent pas pour tous les régimes. Notamment, le régime agricole reste à l'écart des évolutions à l'œuvre dans les autres régimes. Par ailleurs, les nouvelles procédures mises en place ont accru l'imbrication des règles de droit privé et des règles de droit public qui caractérisait déjà fortement la gestion des agents de direction. Ainsi, qu'il s'agisse des procédures de nomination ou des sanctions applicables, trois autorités différentes interviennent : l'Etat, les caisses nationales et les caisses locales.

L'échelle des rémunérations au sein d'un régime et entre les régimes n'est pas suffisamment corrélée avec l'importance des responsabilités confiées aux agents de direction. L'avancement à l'ancienneté, s'agissant d'agents de direction, est encore plus contestable que pour les employés et cadres surtout quand il est important, comme dans les régimes autres que le régime général. A l'inverse, les éléments de personnalisation des rémunérations sont trop limités dans tous les régimes et les caisses nationales ne peuvent pas sanctionner l'évaluation qu'elles font des agents de direction de leur réseau.

L'importance des situations de cumuls de fonctions concernant des caisses de petite taille témoigne de la faible attractivité de certains postes. C'est la conséquence de l'existence de trop petites unités dans les régimes et de la difficulté, notamment dans le régime général, à procéder à des réformes organisationnelles. Les perspectives démographiques du groupe des agents de direction à partir de 2003 devraient pourtant constituer l'occasion d'une réflexion sur l'organisation future des régimes.

RECOMMANDATIONS

1. Assurer plus de cohérence entre les règles de droit privé et de droit public qui régissent les agents de direction, qu'il s'agisse des procédures d'affectation, de nomination ou de sanction.

2. Etendre les réformes entreprises dans certains régimes en matière de gestion des carrières des agents de direction (liste d'aptitude unique, comité des carrières, procédures de choix et de nomination, évaluation) en tout ou partie aux autres régimes, notamment au régime agricole qui reste largement à l'écart de ces évolutions.

3. Tirer les conséquences des pouvoirs d'évaluation des structures et des hommes désormais confiés aux caisses nationales en permettant aux directeurs nationaux d'accorder, en fonction des résultats, des éléments de rémunération personnalisés et réversibles et en mettant en place la procédure de fin de fonctions dans l'intérêt du service.

4. Profiter des perspectives démographiques du groupe des agents de direction pour réfléchir à l'organisation future des branches et des régimes, dans le sens d'un regroupement des petites caisses.

5. Ouvrir le recrutement des agents de direction sur titres à d'autres catégories d'agents de l'institution (les médecins-conseils) et à des candidats venant du secteur privé, en adaptant les dispositions réglementaires et conventionnelles.

Réponse

---

[20] Il s'agit du régime général, du régime agricole, du régime d'assurance maladie des travailleurs indépendants et des régimes de retraite des commerçants et des artisans.

[21] Ce nombre résulte de l'exploitation par l'UCANSS des bandes de paie qui lui sont adressées par les organismes. Il ne correspond pas exactement aux effectifs budgétaires des branches. En outre, il concerne, non seulement les organismes de base, mais aussi leurs unions et fédérations. Ainsi, il inclut 415 directeurs alors qu'il n'y a que 370 organismes de base.

[22] Mais pour les moins de 40 ans, la répartition entre hommes et femmes est presque équilibrée : 52,8 % d'hommes, 47,2 % de femmes.

[23] Les écarts entre le nombre de caisses dans chaque branche ne peuvent expliquer les différences d'effectifs d'agents de direction : il y a 129 CPAM, 115 CAF, 105 URSSAF et 17 CRAM (dont 2 compétentes

exclusivement pour les assurances maladie et accidents du travail).

[24] La création de 24 postes d'agents de direction pour les 13 UGECAM n'intervient qu'en 1999.

[25] Ainsi, jusqu'en 1997-1998, les URSSAF de Belfort et de Montbéliard partageaient une équipe de direction respectivement avec la CPAM pour Belfort et la CAF pour Montbéliard. Depuis lors, les deux URSSAF se partagent la même équipe de direction, ce qui constitue une exception intéressante.

[26] Le cumul peut porter sur trois organismes : ainsi, à Gap, un même directeur et un même agent comptable gèrent la CPAM, la CAF et l'URSSAF.

[27] Le regroupement des caisses trop petites et peu attractives vise les structures juridiques et non les centres d'accueil des assurés et de traitement des dossiers qui, au contraire, doivent être proches de la population.

[28] Rapport de M. Bauer, directeur de recherches au CNRS, avec la collaboration de M. Bruno Gentil, directeur général d'Entreprise et Personnel.

[29] Elle appuie sa réflexion sur le nombre estimé de départs en retraite d'agents de direction dans les années à venir et elle retient le principe de deux recrutements d'élèves du CNESSS pour trois départs en retraite, le tiers restant étant pourvu par la promotion interne des cadres. Le nombre de départs en retraite retenu est celui dont l'échéance a lieu quatre ans après la sortie de la promotion concernée

[30] Les "assimilés" sont les personnes régulièrement nommées à un emploi d'agent de direction d'un organisme de sécurité sociale.

[31] Mais cette catégorie de poste reste très difficile à pourvoir en raison des conditions fixées pour l'inscription sur la liste d'aptitude.

[32] Un projet de décret à l'étude prévoit d'étendre cette possibilité d'accès à tous les fonctionnaires.

[33] Il s'agit du cycle de perfectionnement des agents de direction de la deuxième section (récemment rendu plus difficile), du cycle de préparation au certificat d'études spécialisées de comptabilité et d'analyse financière (CESCAF) que les agents non titulaires de l'option comptable incluse dans la scolarité du CNESSS doivent réussir pour postuler sur un poste comptable. Enfin, du cycle de perfectionnement des personnels informaticiens créé en 1997.

[34] Le régime agricole ne fait pas appel de manière systématique au CNESSS, mais certains de ses agents de direction peuvent néanmoins s'inscrire aux formations qu'il propose.

[35] Cela n'empêche pas des agents du régime agricole de postuler sur la liste unique des autres régimes. Mais c'est très rare.

[36] ITOSS est l'instrument de gestion de la liste d'aptitude par le ministère (DSS et DRASS) : elle comporte les renseignements administratifs et l'évaluation des personnes. Au 1er janvier 2000, 3 870 agents sont répertoriés dans ITOSS. Ce chiffre inclut les cadres candidats à la 1ère et à la 2ème section. 1195 personnes, soit 64,2 % des 1 861 candidats ont été inscrites sur la liste unique 2000 : respectivement 80,7 %, 31,2 % et 93,7 % pour les 1ère, 2ème et 3ème sections. La sélection est donc très forte pour la 2ème section. Dans la liste unique, le régime général représente 86,2 % des candidats et 87,1 % des inscrits. Sur les 1195 inscrits, les 1ère, 2ème et 3ème sections représentent respectivement 985, 195 et 15 inscrits.

[37] ARIAD, prévue par le protocole de 1995 est composée de fiches par agent comprenant l'état- civil, les diplômes généraux, les diplômes professionnels, le cursus professionnel, l'inscription sur la liste d'aptitude, les actes de candidature à des fonctions d'agents de direction, les actions de formation suivies ainsi que les bilans de compétences réalisés. Ces fiches sont constituées sur une base déclarative, ce qui ne garantit pas leur actualisation.

[38] Avant 1997, le directeur pouvait se voir imposer ses proches collaborateurs par le conseil d'administration.

[39] En droit, rien ne contraint le directeur de la caisse nationale à choisir les trois candidats parmi ceux ayant été déclarés adéquats par le comité. En pratique, c'est le cas.

[40] Les agents comptables continuent d'être nommés par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

[41] Dans tous les régimes, y compris agricole, les caisses nationales interviennent pour diffuser les postes vacants au sein de leur régime et en direction des autres régimes et pour centraliser les candidatures et les diffuser aux caisses concernées. Enfin, elles interviennent, plus ou moins formellement, dans les choix.

[42] La révocation est un vocable issu du droit de la fonction publique : il n'a guère de sens ici.

[43] Cela ne couvre pas les directeurs ni les agents comptables nommés par décret ou par arrêté.

[44] Dans chacune des branches maladie, famille et recouvrement, la moitié ou plus des caisses sont classées en catégorie D et une minorité en catégorie A.

[45] Un bilan détaillé du protocole d'accord devrait être fait en 2000 en application de l'article L. 132-12 du code du travail qui prévoit une négociation au moins une fois tous les cinq ans pour examiner les nécessités de réviser la classification.

[46] Cf. le rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale d'octobre 1998.

[47] Au 31-12-98, s'agissant des directeurs, 34,9 % avaient un échelon, 24,3 %, 2 échelons et 0,2 %, 3 échelons. Pour les autres agents de direction, 42,7 % avaient le 1er échelon et 13,6 % le deuxième.

[48] Les points pour cumuls de fonctions dans des organismes de base concernent
3,5 % des agents de direction et ceux pour cumuls de fonctions dans des organismes autres que des organismes de base (centres régionaux de formation professionnelle, centres informatiques, fédérations d'établissements sanitaires et sociaux) sont attribués à 24,5 % des agents de direction (dont 44,1 % des directeurs et 52,4 % des agents comptables).

[49] Un nouveau dispositif de classement des caisses sera fixé par la future convention collective des agents de direction prévue pour le 1er juillet 2000.

[50] Cependant, la CANCAVA attribue dans le cadre de la fourchette indiciaire des points d'avancement aux directeurs des caisses de base qui ont consenti des efforts de gestion importants et la CANAM peut accorder un 5ème échelon à 25 % au plus des agents de direction.

[51] Ainsi, les plus grosses CMR, caisses AVA et ORGANIC ont respectivement 80 , 83 et 165 agents.

[52] C'est la reprise au niveau réglementaire de l'article 6 du protocole d'accord du 27 mars 1995.

[53] Mais l'administration ne prend pas en détachement des agents de droit privé.

[54] Par exemple : la gestion des imprimés (1996), la sécurité sociale et la télématique : une intégration de service ? (1996-1997), la politique immobilière (1997), l' échange de données informatisées (1997), le présentéisme dans les organismes du régime général (1998), les procédures d'achat dans les organismes du régime général (1998), le présentéisme : approfondissement (1999), la qualité de service (1999).

[55] Tous les missionnaires ont été réintégrés dans une caisse sauf un. Par ailleurs, la nature de la mission confiée et ses résultats sont inscrits dans le cursus de carrière de l'agent de direction concerné.

[56] Pour les agents de la 1ère section, il y avait une double notation : DRASS et IGAS et pour les agents relevant de la 2ème section, la notation était faite par les DRASS.

[57] Cf. le rapport de la Cour des comptes de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale.

CHAPITRE XI

Sommaire

Les relations des branches famille et vieillesse du régime général avec les usagers

La branche famille est celle qui est le plus en contact direct avec la population, qu'il s'agisse des familles percevant des prestations ou, depuis une dizaine d'années, des personnes recevant les minima sociaux : RMI, AAH (allocation pour adultes handicapés), API (allocation pour parent isolé). Aussi est-il capital d'assurer un excellent service : accueil, expertise, résolution des problèmes, souci de l'accès des personnes à leurs droits, etc. La retraite relève d'une problématique voisine (information et accueil du futur retraité, versement à temps et sans erreur une fois à la retraite, …) ; aussi la relation entre la branche vieillesse du régime général et ses usagers est-elle également importante. Ce chapitre se situe donc dans le prolongement du précédent en approfondissant la qualité du service rendu dans ces deux domaines particuliers.

Elle est nettement perfectible. L'accueil téléphonique en particulier est très défectueux dans les CAF, provoquant, par son insuffisance même, un surcroît de déplacements des personnes, donc d'accueil physique. Cette lacune n'est sans doute pas spécifique à la branche famille, mais elle devrait faire en sorte, comme dans d'autres services publics, de répondre correctement au téléphone. L'information écrite donnée aux usagers dans les deux branches paraît également inadaptée, soit trop standard, soit insuffisamment précise et fréquente, notamment sur leurs droits. Enfin, et c'est un autre aspect mais qui est préoccupant, le service est très inégalement rendu sur le territoire, d'une CAF à l'autre.

Les caisses doivent mieux s'organiser pour, au-delà d'une simple culture de la liquidation, du versement des prestations et des retraites, davantage se tourner vers leur usager, leur "client", l'informer, l'écouter, l'aider, bref lui rendre un meilleur service.

Section I :
Les relations avec les usagers et la qualité de service dans la branche famille

La convention d'objectifs et de gestion signée le 14 mai 1997 entre l'État et la CNAF a, pour la première fois dans la branche famille, intégré dans une stratégie d'évolution institutionnelle la notion de qualité du service rendu aux usagers, en prévoyant dans un socle de service des critères définissant cette notion.

Cette volonté de mettre l'usager au centre de la réflexion stratégique intervient à un moment où la branche fait face à une évolution forte de son public : l'augmentation des bénéficiaires de minima sociaux a plus que compensé la diminution du nombre des allocataires de prestations familiales. En moins de 30 ans les prestations familiales hors logement sont passées de 86,2 % à 57,4 % des sommes versées par les caisses d'allocations familiales (CAF), tandis que les titulaires de minima sociaux (RMI, AAH, API) représentent désormais 15 % de l'effectif des allocataires, dont 10 % pour le seul RMI.

Cette évolution de la population entraîne un changement dans les relations que les CAF entretiennent avec leurs usagers : la demande devient plus pressante. Depuis 1988, les visites aux guichets ont doublé alors que le nombre d'allocataires n'a augmenté que de 20 %. De plus, une partie du public agit selon une logique de besoins financiers liée à la précarité de sa situation, alors que l'institution demeure dans une logique de droits, les prestations étant versées en application de la réglementation. La dichotomie entre les besoins des allocataires et la logique des caisses est d'autant plus importante que viennent à l'accueil essentiellement les bénéficiaires de minima sociaux et d'allocations logement.

Face à l'évolution de son public, l'institution est restée trop longtemps centrée sur une logique de production et de gestion des flux, malgré de réels efforts d'adaptation depuis 1997, notamment en termes d'investissements : aménagement des locaux d'accueil et surtout mise en place d'un outil informatique de production plus performant, CRISTAL (sur ce point, cf. *infra*, chapitre suivant, p. 457).

Par rapport aux objectifs annoncés dans la COG, la qualité du service rendu aux usagers demeure très inégale selon les caisses et est en grande partie fonction de leur organisation interne, ainsi que l'a montrée l'enquête réalisée par la Cour dans onze CAF[247].

I - une qualité de service trés inégale selon les caisses d’allocations familiales

La qualité des relations entre les usagers et le service prestation, comme celle de la gestion du "produit" fourni aux allocataires, varie en fonction de la caisse de rattachement : la situation, telle qu’elle est retracée par les indicateurs définis par la COG, apparaît très hétérogène et globalement perfectible.

A - La qualité des relations avec les usagers

Les contacts avec les caisses d’allocations familiales ne cessent de croître. Entre 1996 et 1998, par exemple, le nombre d’allocataires s’est stabilisé alors que les contacts aux guichets ont progressé de 12,2 % et les contacts téléphoniques de 8,7 %. Cela représente 2 millions de personnes supplémentaires accueillies par an.

Même si certaines études ont été conduites à ce sujet (cf. la réponse de la CNAF), l’analyse des causes de la progression du nombre de contacts n’est pas une priorité pour la branche. Pourtant une part non négligeable de cette progression est le résultat de l’action même des caisses. En effet, une étude réalisée aux accueils de la CAF de Paris montre que 35 % des personnes interrogées se déplacent parce qu’elles n’ont pas réussi à joindre la caisse par téléphone. De même, 35 % des visites sont en fait objectivement inutiles, même si certaines ont une fonction évidente de confirmation : l’allocataire se fait confirmer une information, ou bien il aurait pu obtenir le même service par téléphone ou par courrier. Par ailleurs, la branche n’analyse pas davantage les motifs des appels téléphoniques. Face à l’augmentation des contacts elle reste en retrait, mettant en cause l’indéniable complexité de la législation et les exigences du public, sans se pencher plus avant sur les améliorations qui sont à sa portée pour mieux contrôler les flux de relations qu’un public inquiet sur sa situation[248] entretient avec les CAF.

1. L’Accueil physique et téléphonique

Si la qualité de l’accueil sur place est très variable selon les caisses, les contacts téléphoniques constituent partout le point faible de la relation avec les usagers.

L’accueil physique : une réalité très contrastée

En 1998, 18,4 millions de personnes se sont présentées dans les accueils des caisses d’allocations familiales, soit sur des sites accessibles toute l’année, soit dans des permanences ouvertes quelques heures par semaine dans les localités éloignées du siège. Les caisses font des efforts significatifs pour maintenir un service de proximité, même partiel, dès lors que la caisse est d’accès difficile à partir d’une zone donnée.

La qualité des conditions d’accueil varie beaucoup d’un site à l’autre : parfois les usagers patientent dans des locaux récents, bien agencés, et disposant de quelques services (espaces de jeux pour enfants à Perpignan ou Bar-le-Duc, halte-garderie sur le site principal de la CAF des Bouches-du-Rhône) ; dans de rares cas, au contraire, les conditions d’attente sont à la limite de l’acceptable : ainsi sur le lieu d’accueil de la rue des convalescents, à Marseille (prochainement abandonné), environ 200 personnes, habitant les quartiers défavorisés du centre ville, attendent encore chaque jour dans un local trop étroit, vétuste et mal aéré, qui leur renvoie une image très négative de la caisse et de l’importance qu’elle semble leur accorder[249]. En général, les conditions d’accueil sont moins bonnes dans les caisses de grande taille, même si celles-ci effectuent depuis quatre ans des travaux importants pour améliorer la situation de leurs visiteurs : Marseille a ainsi consacré 11,5 MF à des investissements immobiliers (ouverture et rénovation d’antennes délocalisées) depuis la mise en œuvre de la COG.

La présence de vigiles sur les sites d’accueil (à Marseille et Rosny) ou le fait que les usagers soient reçus derrière des hygiaphones (Marseille) contribuent à créer une atmosphère peu accueillante. De telles mesures, installées à la demande du personnel pour des raisons d’hygiène et de sécurité dans des sites qui ne se distinguent pas des autres par une fréquence ou une violence des incidents particulières[250], apparaissent excessives et contribuent à maintenir une tension entre les usagers et l’institution. D’autres solutions semblent plus pertinentes pour pacifier et enrichir les relations entre les agents chargés de recevoir le public et les usagers : ainsi, les grandes caisses, y compris à Marseille et en région parisienne, ont recours à des emplois-jeunes ou des CDD pour orienter les personnes, réguler les files d’attente, réceptionner le dépôt de pièces ; à Perpignan, un logiciel permet à l’agent chargé de l’accueil de recenser les divers contacts que l’usager a déjà

eus avec la caisse et une fiche de suivi retrace brièvement la cause de la visite et les éventuelles pièces manquantes, créant de la sorte une relation moins anonyme et plus suivie.

Les conditions d'accueil sont d'autant plus importantes que l'attente est parfois longue : comme on l'a déjà souligné, 40 % seulement des 125 CAF accueillent 90 % de leurs usagers en moins de 30 minutes en 1998, norme fixée dans le socle institutionnel de la COG. Au total, environ un visiteur sur cinq patiente plus d'une demi-heure. Mais cette moyenne recouvre de grandes disparités : ainsi, dans certains centres de l'Ile-de-France le temps d'attente dépasse en moyenne une, voire deux heures, dans un environnement très dégradé.

Les horaires d'ouverture sont également hétérogènes : seules les caisses de taille significative (plus de 80 000 allocataires), et parmi celles-ci essentiellement les plus grandes, ouvrent entre midi et deux heures. Certaines caisses sont ouvertes le samedi matin, d'autres non. Enfin, parmi les grandes caisses, celle de Marseille est fermée le mercredi, offrant donc une accessibilité moindre à ses allocataires. Il n'y a pas d'éléments qui montrent que ces décisions sont prises en fonction des besoins des usagers.

Le service fourni à l'accueil est en revanche souvent similaire quelle que soit la taille des organismes : au siège des caisses et dans les annexes permanentes, le public peut déposer des documents, se renseigner sur des points précis ou obtenir un examen de son dossier ; dans les permanences temporaires, par contre, cela n'est pas toujours possible, certaines caisses comme celle de Rosny n'équipant pas systématiquement ses agents du matériel informatique leur permettant de consulter les dossiers à distance, ce qui amène de nombreux allocataires à se rendre ensuite au siège. De manière plus grave, les services sociaux de la caisse ne sont pas toujours présents sur les sites d'accueil, notamment hors siège, traduisant en cela un cloisonnement des services particulièrement dommageable pour les usagers : ceux-ci ne peuvent trouver sur le même lieu l'ensemble de leurs interlocuteurs, alors qu'ils appartiennent au même organisme.

L'accueil téléphonique : le point faible des caisses

Le téléphone constitue traditionnellement le point faible de la relation entre les caisses et leurs usagers, alors même que plus de 47 millions d'appels ont été enregistrés en 1998.

En effet, les directeurs des caisses sacrifient systématiquement l'accueil téléphonique au profit de la production (c'est-à-dire de la liquidation des dossiers) et de l'accueil sur place. Ce choix entraîne automatiquement des déplacements d'allocataires à l'accueil. Cela a été notamment le cas lors de la mise en place de CRISTAL, puisque entre 1997 et 1998 l'amplitude d'ouverture de l'accueil téléphonique a diminué de 24,1 heures par semaine à 23,1 heures. En 1998, 74 caisses étaient en deçà de l'objectif, déjà peu ambitieux, que prévoyait la COG (25 heures d'ouverture par semaine), dont 58 en deçà de 20 heures d'ouverture par semaine, ce qui représente moins de trois heures et demi sur six jours, ou moins de quatre heures sur cinq, ce qui est trop peu. Ces données illustrent les difficultés rencontrées par de nombreux allocataires pour contacter leur caisse.

Une fois que l'allocataire est parvenu à obtenir un technicien, de plus en plus *via* une plate forme téléphonique au sein de laquelle les agents de la caisse viennent quelques heures par semaine, il peut obtenir des renseignements. Dans certaines caisses, il peut également faire prendre en compte immédiatement des informations, uniquement si elles lui sont défavorables en terme de droits.

Les caisses tentent de pallier le grave dysfonctionnement de l'accueil téléphonique en mettant en place des serveurs téléphoniques, télématiques et bientôt électroniques, permettant de consulter l'état d'avancement d'un dossier en utilisant un code confidentiel, ce qui a constitué pour de nombreux usagers un progrès important. Mais les serveurs ne donnent par définition aucune information sur les causes de l'octroi ou du refus d'une prestation et ne peuvent répondre à la demande financière qui est souvent à l'origine d'un appel ou d'une visite. De plus, les personnes les plus fragilisées socialement ne sont pas celles qui se servent le plus spontanément des technologies modernes : elles ont davantage besoin d'informations personnalisées et précises pour surmonter les difficultés liées à la complexité de la réglementation. Le problème de l'accessibilité téléphonique des caisses est donc très loin d'être résolu. Il est nécessaire et urgent de le résoudre, ce qui suppose d'étudier et de mettre en place les organisations du travail adaptées.

2. la qualité très perfectible des Relations écrites

Les caisses d’allocations familiales communiquent par écrit soit de manière collective, soit de manière individuelle par des notifications informatiques ou de courriers. Dans les deux cas, des progrès devraient être faits.

En matière de communication collective, la branche s’appuie essentiellement sur la revue "Vies de famille", que 96 caisses diffusent au moins trois fois par an à leurs allocataires. Ce magazine, conçu pour un public familial, correspond peu aux besoins des personnes les plus en difficulté. C’est d’ailleurs pourquoi la branche a réalisé en 1999 un guide des prestations diffusé à 9,5 millions d’exemplaires. L’enquête de la Cour a permis de constater en matière de communication externe le peu de réflexion et d’initiatives de la grande majorité des caisses, ce qui est très dommageable alors même que la branche a du mal à faire face à la demande de contacts de ses allocataires.

En ce qui concerne la communication individuelle, la situation n’est pas plus satisfaisante. Les notifications éditées automatiquement apparaissent soit trop lacunaires, soit incompréhensibles du fait de l’enchaînement de faits juridiques différents amenant à la décision de la caisse. Leur réception entraîne régulièrement, même si la proportion exacte n’est malheureusement pas mesurée par les caisses, la venue des allocataires à l’accueil, afin d’obtenir des explications. Les notifications, sauf exception, ne comportent pas de formule de politesse, ce qui pourrait pourtant contribuer à donner une image moins bureaucratique et plus conviviale de l’institution. Les caisses les plus petites effectuent une vérification des notifications avant leur départ, ce qui est de fait impossible dans les plus grandes d’où partent entre 3 et 5 000 notes par jour. Il s’agit d’un domaine dans lequel les possibilités d’amélioration offertes par le système informatique pourraient pourtant être davantage exploitées. Cependant, il semble nécessaire, pour les communications les plus complexes, notifiant par exemple des indus, de prendre directement l’attache des allocataires plutôt que de susciter par des courriers abscons un afflux supplémentaire à l’accueil.

3. la Levée de l’anonymat inégalement mise en oeuvre

En 1998, la levée de l’anonymat a concerné 92 % des caisses pour les relations écrites (hors notifications), 86 % pour l’accueil physique et 67 % pour le téléphone. Cependant ces proportions recouvrent une réalité très diverse selon les organismes : certaines CAF admettent l’utilisation de prénoms seuls ou de pseudonymes (Rosny, Paris ou Marseille, par exemple), possibilité alors largement utilisée par les techniciens. Ce recours traduit une crainte vis-à-vis des usagers, que la pratique des caisses qui ont mis en place une personnalisation totale révèle largement irrationnelle. Il illustre le fait qu’un changement de culture doit être porté par l’équipe de direction en place pour devenir effectif.

La levée de l’anonymat est prévue dans la COG d’une manière plus large encore que dans les dispositions de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l’administration puisqu'elle ne concerne pas seulement la personne qui traite le dossier mais tous les interlocuteurs de l’allocataire, quel que soit le mode de contact. Il s’agit de personnaliser la relation, et non pas uniquement de responsabiliser le gestionnaire. Or, la personnalisation suppose une organisation des caisses en petites unités, voire en portefeuilles individuels d’allocataires, placées sous la responsabilité d’un seul agent, ce qui n’est pas encore partout le cas, notamment dans les organismes les plus importants. La mise en place réelle de cette personnalisation, en matière d’accueil physique et de relations écrites, apparaît particulièrement importante. Le fait d’obtenir toujours la même personne au téléphone n’est sans doute pas aussi important que l’assurance d’avoir une réponse exacte, claire et rapide à sa demande.

B - La qualité de la gestion

Les usagers sont en droit d’attendre un examen rapide de leur situation, une réponse correcte au regard de la réglementation ainsi qu’un versement régulier de leurs prestations, ce que mesure en partie le socle de service inclus dans la COG.

1. La rapidité et la fiabilité du service peuvent être améliorées

La qualité du produit fourni par les caisses en matière de prestations peut être appréhendée à partir de deux indicateurs : le délai moyen de traitement des informations fournies, et le nombre de dossiers incorrectement traités par le service liquidation et donc rejetés par les vérificateurs[251].

Le mode de calcul de l'indicateur de délai[252] est trop fruste pour permettre de porter un jugement fiable sur la rapidité de traitement des dossiers. Il n'en demeure pas moins que si les caisses traitent toujours en priorité les demandes relatives aux minima sociaux, la gestion des dossiers est très variable selon les endroits. Certaines caisses ont mis en place un suivi informatique des pièces qui permet de vérifier l'état d'avancement des dossiers, d'autres atteignent le même résultat par une gestion régulière des portefeuilles d'instance, d'autres enfin, ne gèrent pas les instances et renvoient les dossiers sans se préoccuper du délai de traitement global d'un dossier, essentiel pour l'usager. Le degré de suivi dépend du mode d'organisation, de l'implication de l'encadrement supérieur et intermédiaire, qui est très variable et irrégulier, l'état du stock faisant souvent seul l'objet d'une veille quotidienne. Cela traduit bien la culture dominante des caisses, fondée sur une logique de production, dans laquelle la qualité du service est limitée à l'écoulement du stock et au paiement régulier des prestations, sans s'intéresser assez à la relation avec l'usager.

Par ailleurs le taux de rejet des dossiers par les services vérificateurs n'a pas diminué au cours des dernières années. Il s'établit entre 5 et 11 % en moyenne selon les caisses visitées, ce qui est excessif. La mise en place de CRISTAL a dans un premier temps accru ce taux pendant la phase d'adaptation, puis celui-ci a retrouvé son niveau traditionnel. Les rejets portent à hauteur de 40 % sur des motifs de droit, et concernent les prestations relatives à la précarité et au handicap, ce qui est compréhensible puisqu'elles sont les plus complexes. La persistance de ce phénomène a cependant une conséquence négative en terme de qualité, les dossiers rejetés étant nécessairement traités dans des délais plus longs. Or, les équipes dirigeantes ne s'impliquent pas pour réduire ce taux, sauf exception comme à Perpignan ou au Mans, caisse dans laquelle des fiches de liaison entre les services liquidation et vérification facilitent le décloisonnement. Ailleurs, les actions correctrices restent au mieux ponctuelles et ne portent pas sur l'ensemble des agents potentiellement concernés.

Les indicateurs de qualité fournis par les CAF (délais d'attente du public à l'accueil, délais de prise en compte des demandes, taux d'efficacité de la réponse téléphonique, …) sans être totalement négatifs, traduisent leur difficulté à adapter leur mode de fonctionnement traditionnel, alors même que l'intégration de nouveaux outils, tels que le suivi des pièces ou la gestion électronique des documents, associés à l'introduction de nouvelles méthodes de travail, leur permettrait d'améliorer le service rendu aux usagers.

2. une culture de gestion peu ouverte sur l'accès aux droits des usagers

Les caisses sont moins sensibles en général aux risques de non-accès aux droits qu'à la possibilité de fraudes. L'action des services de contrôle externe, souvent actionnés à la demande des liquidateurs qui soupçonnent une dissimulation, en est la preuve.

Or, les contrôles conduisent à des rappels dont l'ampleur est parfois égale (1996), parfois inférieure mais d'un ordre de grandeur voisin (1997) de celle des indus : par exemple, il y a eu en 1997 300 000 rappels et 394 000 indus, les premiers représentant 553 MF et les seconds 655 MF. Cet élément indique que la question du non-accès aux droits concerne aussi le public des allocataires, pourtant déjà familier des caisses. L'absence d'accès aux droits des personnes inconnues des CAF ne fait quant à elle pas l'objet d'une réelle implication de la branche. Les expériences menées au niveau local concernent en effet essentiellement l'information et le suivi des nouveaux allocataires, ou des bénéficiaires de minima sociaux. Un effort de maintien des droits est effectué par les 61 caisses qui en 1997 ont appliqué la "procédure OHEIX"[253], et par celles qui font des efforts systématiques pour avoir un bon taux de retour sur les déclarations annuelles de ressources, afin d'éviter les ruptures de paiement. Mais cela ne concerne pas les personnes non-allocataires, sauf dans de très rares cas.

Les caisses restent marquées par une tradition de suspicion et de lutte contre la fraude. Elles demeurent trop centrées sur le contrôle des populations bénéficiant des minima sociaux (RMI et API), alors que la vérification de la situation d'isolement pose problème et demeure de ce fait largement inefficace. Par ailleurs, la mise en place des plans de contrôle des allocataires désormais obligatoire, ce qui est positif, manque d'efficacité, les cibles choisies étant rarement le résultat d'analyses et de priorités. Ce problème a été aggravé par la mise en place de CRISTAL qui a bloqué pendant de longs mois en 1999 les contrôles réalisés par échange de fichier avec certaines administrations (impôts, CNASEA). Enfin, la charte de contrôle de la CNAF fixant un certain nombre de règles déontologiques (dont l'obligation d'informer au préalable les allocataires de leur visite), est certes un outil indispensable afin de clarifier les conditions des contrôles mais elle doit être rendue obligatoire pour avoir un effet durable sur les comportements des techniciens et des contrôleurs. Or, certaines caisses ne

l’ont pas encore diffusée aux agents.

II - Les facteurs d'évolution de la qualité, maîtrisables par les caisses

A - Les composantes du personnel de la branche famille

La branche regroupe en 1998 un effectif de 30 465 agents recrutés sur la base d'un contrat à durée indéterminé ; les femmes en représentent plus des trois quarts. L'âge s'élève en moyenne à 42 ans et l'ancienneté à 19 ans[254] ; le quart du personnel est âgé de plus de 45 ans avec une ancienneté supérieure à 26 ans.

Cette moyenne recouvre des situations variables selon les caisses, une partie d'entre elles ayant été autorisée à recruter du personnel lors de la mise en place du RMI. C'est le cas de la caisse de Perpignan où l'âge moyen du personnel est de 40,6 ans alors qu'il s'élève à 44,2 ans dans celle de Marseille, qui, bien que gérant aussi un nombre élevé de prestations de RMI, n'a pu recruter en raison de coûts de gestion importants.

Si l'ancienneté du personnel peut constituer un atout pour les caisses en matière de maîtrise des compétences techniques, il peut aussi se révéler un frein à l'adaptation à de nouveaux outils et modalités d'organisation du travail s'il ne s'accompagne pas d'une mobilité, au moins fonctionnelle. On ne peut que regretter l'absence de données statistiques en la matière mais les observations sur le terrain montrent qu'en dehors de l'encadrement supérieur des caisses, la mobilité géographique reste exceptionnelle et la mobilité fonctionnelle peu développée, à l'exception toutefois des caisses qui développent la polyvalence des techniciens. Cette absence de mobilité n'est pas de nature à favoriser le décloisonnement entre les services d'une caisse, préparer au changement de méthodes et d'outils de travail et développer les motivations.

De plus, cette structure de la pyramide des âges impose de développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Entre 2000 et 2005, 2040 personnes, soit 7 % de l'effectif, doivent partir en retraite, et les départs seront plus nombreux après 2005. Or, les réflexions de la CNAF et des caisses, à quelques exceptions près, restent embryonnaires, les incertitudes liées aux modalités de passage aux 35 heures ne les rendant pas aisées.

Le niveau de formation initiale du personnel est peu élevé : la moitié des agents possède un niveau de formation inférieur au baccalauréat, ce qui est dû à l'importance des recrutements antérieurs aux années 1980, autre composante ne facilitant pas l'adaptation à un nouvel environnement de travail, notamment l'application d'une réglementation évolutive et toujours plus complexe et l'utilisation de nouveaux outils de gestion comme CRISTAL.

Une partie des caisses recrute désormais à un niveau bac+2 des jeunes en contrats de qualification ou d'insertion, avant de les préparer à l'examen professionnel national de technicien. Une étude réalisée par la CNAF en 1994 et 1995[255] montrait que les caisses les plus performantes recrutaient plutôt leurs agents à ce niveau de qualification.

B - La gestion du personnel

La COG consacre son article 24 à des ressources humaines bien gérées et se fixe des objectifs "en matière de développement des compétences des agents à travers notamment la formation et le développement de la mobilité et le soin apporté à réduire l'absentéisme injustifié" mais les initiatives prises en ce sens sont peu nombreuses, du moins à un niveau national, et le suivi statistique de leur mise en œuvre très limité.

Si l'absentéisme figure bien dans les tableaux de bord des caisses, les indicateurs retenus recouvrent des réalités diverses, répondant à des objectifs qui diffèrent selon les caisses : appréhender l'importance de l'absentéisme ou évaluer les effectifs présents sur qui reposera la charge de travail. Les seules données existant à un niveau national sont celles de l'enquête conduite par l'UCANSS et font apparaître une situation plus défavorable dans la branche famille que dans la moyenne des branches, puisqu'en 1998, 11,2 % des jours ouvrés y ont été perdus, contre 10,5 % en moyenne. Cependant, cette mauvaise situation est due à l'effort de formation lié à CRISTAL. Si on se limite à l'absentéisme maladie, la branche famille est, au contraire, en

situation favorable par rapport à l'ensemble des branches de la sécurité sociale[256]. Par ailleurs, la durée du travail n'est pas uniforme dans toutes les caisses et son contrôle n'est ni systématique ni automatique.

L'absence de mobilité, en particulier géographique, du personnel constitue un point faible de la branche, mais l'effort consenti en matière de formation (6,3% de la masse salariale en 1998) y est significatif, les caisses s'appuyant sur des plans de formation parfois couplés à des entretiens annuels pour optimiser cet effort.

C - L'organisation des services

Si la polyvalence technique[257] est désormais presque généralisée, il n'en est pas de même pour la polyvalence fonctionnelle conduisant un technicien à assurer successivement des fonctions d'accueil (physique ou téléphonique), de liquidation des prestations, voire de vérification. Ce type d'organisation (qui n'est obligatoire que dans 64 caisses ; cf., jointe à ce rapport, la réponse de la CNAF à ce sujet) assure pourtant une meilleure réactivité des caisses pour s'adapter notamment aux périodes d'afflux d'allocataires à l'accueil ; elle permet aux techniciens d'être davantage sensibilisés aux attentes et difficultés des allocataires et évite aux agents spécialisés dans l'accueil une certaine usure dans ces fonctions, constatée par la plupart des directeurs. Pour des agents vérificateurs, elle constitue l'occasion de rester au fait des changements de la réglementation et de connaître l'ensemble des fonctionnalités des nouveaux outils informatiques.

Le développement de la polyvalence fonctionnelle se heurte néanmoins à un certain nombre de difficultés, tenant à l'histoire de la caisse et à la place reconnue à chacun de ces métiers mais aussi aux différences de rémunération. Les agents chargés de l'accueil bénéficient en effet d'une rémunération supplémentaire non négligeable avec une prime de guichet correspondant à 4 % du coefficient de carrière sans avancement conventionnel et pour les agents assurant l'accueil dans les permanences décentralisées de leur organisme, une prime d'accueil itinérant de 15 %. Les agents vérificateurs bénéficient quant à eux d'une prime de 5 % du coefficient de carrière

Le mode de répartition des dossiers des allocataires peut aussi influer sur la qualité de leur gestion. Or, d'une caisse à une autre, le nombre d'agents qui gèrent un ensemble d'allocataires peut varier de 1 à 20. Il serait préférable de réduire à trois ou quatre au maximum le nombre d'agents gérant un même groupe d'allocataires. Cela permettrait un meilleur suivi des dossiers et personnaliserait les relations avec les allocataires. Cela suppose bien entendu une organisation adéquate, une gestion fine des absences, un travail de mise à niveau constant des compétences et donc une forte implication de l'encadrement intermédiaire.

D - Le suivi de la qualité de service

Dans la convention d'objectifs et de gestion, la priorité donnée à la qualité se vérifie dans le nombre d'objectifs s'y rapportant et le soin apporté à leur formulation pour les rendre opérationnels et en permettre le suivi. Les indicateurs associés aux objectifs ont cependant été définis le plus souvent postérieurement à la mise en œuvre de la convention et leur fiabilité reste médiocre.

Les données mesurées sont en effet hétérogènes, s'effectuant sur la base de définitions différentes. Par exemple, les dossiers en instance peuvent ne pas être intégrés à la mesure du stock. De la même façon, pour les délais d'attente, certaines caisses n'intègrent pas le pré-accueil, destiné à permettre le dépôt de dossiers ou les réponses à des questions simples. D'autres au contraire ne comptabilisent le temps d'accueil que jusqu'à l'accueil général, ne prenant pas en compte le temps d'accueil de l'allocataire orienté vers un accueil approfondi. Pour mesurer l'efficacité de la réponse téléphonique, les caisses utilisent des données incomplètes, ne mesurant que les appels ayant donné lieu à taxation, ignorant les appels répétés et les abandons. De plus, elles recourent de manière très inégale à des outils de mesure automatisés, dont les fonctionnalités ne sont pas toujours identiques

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

L'analyse de la qualité de service a été conduite dans un contexte fortement perturbé par le développement du nouvel applicatif CRISTAL, qui s'est traduite par un recul des performances de la plupart des caisses dans ce domaine. Mais au delà de ces problèmes conjoncturels, la qualité du service rendu aux usagers demeure globalement insuffisante, même si la très forte hétérogénéité des performances des caisses appelle à nuancer ce constat. Trop souvent sacrifiée à une logique de production de masse ou à des pesanteurs internes aux

caisses, elle ne fait pas l'objet d'une attention suffisante .

La période récente est cependant marquée par l'engagement de la branche dans de nouvelles politiques, susceptible d'améliorer ses résultats. L'implication dans une démarche stratégique, bien qu'inégale selon les caisses, a été réelle. Il reste à l'ancrer dans le quotidien en développant une culture de management par objectif dans l'ensemble des caisses et en l'associant à des dispositifs d'intéressement et de sanctions.

Par ailleurs, d'importants investissements ont été réalisés par la branche depuis trois ans, permettant tout autant de repenser l'accueil des allocataires que d'améliorer la liquidation des prestations avec CRISTAL ou la gestion électronique des documents. Ils ne pourront cependant améliorer la qualité de la gestion que s'ils sont associés à des réflexions sur l'organisation du travail, actuellement encore trop parcellaires.

RECOMMANDATIONS

1. Conforter les premiers acquis de la démarche stratégique, d'une part en développant plus largement une culture managériale par objectifs et en l'associant à des dispositifs d'intéressement et de sanctions, d'autre part en homogénéisant la définition et la mesure des résultats.

2. Favoriser une adaptation rapide du personnel de la branche à de nouveaux outils de travail et à une réglementation complexe et évolutive par l'augmentation du niveau de recrutement et par l'optimisation des moyens importants consacrés à la formation.

3. Reconnaître à la branche une responsabilité dans l'adaptation de la convention collective à l'évolution de ses missions et de ses métiers, pour accroître le développement de la polyvalence.

4. Développer les organisations du travail les plus à mêmes d'améliorer et de garantir la qualité d'accueil (physique et téléphonique) et de service.

5. Renforcer la fonction de pilotage de la CNAF dans le domaine de la gestion des ressources humaines et de la valorisation des pratiques et organisations les plus favorables à la qualité du service rendu.

Réponse

---

[247] Enquête conduite dans les caisses d'allocations familiales de Paris, Marseille, Rosny-sous-Bois, Metz, Roubaix, Le Mans, Perpignan, Beauvais, Bar-le-Duc, Cambrai et Cahors.

[248] A Paris, dans l'étude citée, 43 % des allocataires étaient venus à l'accueil "pour s'assurer que tout allait dans leur dossier".

[249] De même, à Rosny-sous-Bois, les allocataires restaient souvent plus d'une demi heure à l'extérieur, avant d'accéder à une salle trop petite, qui ne pouvait les accueillir correctement, et notamment ne permettait pas à tous de s'asseoir. Dans sa réponse jointe au présent rapport, la caisse de Seine-Saint-Denis indique que ces conditions d'attente se sont beaucoup améliorées.

[250] La caisse des Bouches-du-Rhône effectuait jusqu'en 1999 quatre dépôts de plainte par an, essentiellement pour agression verbale, pour un total de plus d'un million de visiteurs.

[251] Les vérificateurs travaillent dans les caisses sous la responsabilité de l'agent comptable.

[252] La COG prévoit qu'une information est traitée dans un délai de trois semaines.

[253] En application de cette procédure, les prestations afférentes aux minima sociaux sont versées pendant trois mois, même si l'allocataire n'a pas fait parvenir sa déclaration annuelle de ressources. Cette procédure n'est pas obligatoire. Les caisses qui l'utilisent sont d'ailleurs de moins en moins nombreuses. Celles qui ne l'utilisent pas préfèrent éviter les indus que cette procédure génère, ou développer une politique active de

relance pour que les allocataires retournent leur déclaration à temps.

[254] Le rapport de la Cour de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale a traité de la gestion prévisionnelle des effectifs des branches recouvrement, maladie et vieillesse du régime général. Dans le régime général, l'âge moyen des agents permanents s'élève à 42,9 ans en 1997 et l'ancienneté moyenne y est de 19,9 années.

[255] Étude reprise dans le rapport de la commission d'organisation et de gestion de janvier 1997.

[256] L'absentéisme pour cause de maladie représente dans la branche 5,9 % du nombre de jours ouvrés en 1998, contre 6,2 % dans l'ensemble du régime général, mais 5,3 % dans la branche recouvrement.

[257] La polyvalence technique permet à un technicien de traiter l'ensemble des prestations.

Section II :
Les relations de la branche vieillesse du régime général avec les usagers

La branche retraite du régime général verse aux retraités dépendant de ce régime leur retraite de base, laquelle dépend des droits qu'ils ont acquis au cours de leur vie professionnelle. Les relations de la branche avec ses usagers -futurs retraités et retraités du régime général- se situent à trois moments : avant la liquidation des droits, c'est-à-dire la prise de retraite ; au moment de cet événement ; après que la retraite est prise.

Les questions qu'appellent ces relations sont alors les suivantes : comment sont organisées les opérations préalables à l'ouverture des droits ? Comment l'assuré a-t-il accès aux informations le concernant et quelle est leur qualité ? Comment les droits sont-ils réglés ?

Ce sont ces trois questions qui font l'objet des pages suivantes. Un service de qualité, c'est-à-dire un traitement sûr et satisfaisant pour l'usager de ces trois questions, requiert des conditions d'ordre très différent. Il faut en particulier un système d'information très performant (pour identifier les personnes, leurs carrières,…), ce qui explique qu'on analyse ce dernier dans le chapitre suivant de ce rapport ; il faut aussi une organisation et une politique de proximité et de communication vers l'usager qui sache répondre à ces besoins.

I - Les opérations préalables à l'ouverture des droits

Les caisses d'assurance vieillesse c'est-à-dire la caisse nationale elle-même (CNAV) pour l'Ile-de-France, la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg pour l'Alsace, et les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) pour les autres régions- sont tenues par le code de la sécurité sociale d'adresser à l'ensemble de leurs assurés, au plus tard avant l'âge de 59 ans, un relevé de leur compte mentionnant, notamment, les durées d'assurance ou d'activité prises en compte pour la détermination de leurs droits à pension.

Cette disposition, qui ne prévoit la production que d'un seul relevé de compte, était destinée, en suscitant la réaction des assurés un an au moins avant l'ouverture des droits, à réduire les retards de liquidation éventuels résultant de cas litigieux.

La branche ne s'acquitte pas de cette obligation. Généralement, les reconstitutions de carrière sont faites sur seule demande des assurés. Certes, une campagne de communication externe est conduite par la branche, invitant les assurés âgés de 58 ans à demander leur relevé de carrière. Mais, en dépit du fait que cette information a été largement diffusée par voie d'affiche, on peut considérer qu'une partie importante de la population n’en aura pas pris connaissance.

La CNAV invoque la charge de travail qui l'amène à privilégier le respect et l'amélioration des délais de liquidation des retraites. Cette priorité, pour évidente qu'elle soit, est avancée ici de manière paradoxale, car elle serait plus aisément atteinte avec des échanges réguliers en amont permettant d'éviter les difficultés de reconstitution de carrière qui retardent les opérations de liquidation.

Les caisses font en outre valoir qu'elles se heurtent aux difficultés liées aux changements d'adresse des assurés, dont elles n'ont pas connaissance. De fait, la recherche des assurés ayant atteint l'âge de 58 ans nécessite, parce que les caisses vieillesse n’ont pas accès aux adresses du répertoire national inter-régimes des

bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM), un passage par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

La mise en œuvre d'une politique de proximité, engagée fin 1995, doit favoriser le respect de cette obligation de produire un relevé de compte et, au-delà, améliorer la relation avec l'usager. Des agences locales se mettent en place, ayant pour tâches l'accueil et le conseil, et devant être capables à terme d'accomplir l'ensemble des opérations relatives à la régularisation des comptes et à l'instruction des dossiers de retraite. Dans ce cadre, elles doivent contacter, par l'intermédiaire d'un technicien conseil, les assurés de leur ressort dès leurs 58 ans, de façon à régulariser leur carrière et leur donner toutes informations nécessaires à la liquidation de leur retraite. Cependant, la mise en œuvre de cette réforme est inégale car elle dépend des décisions de chaque CRAM : actuellement, les agences recouvrent moins de la moitié de la population.

L'amélioration de la relation avec l'usager ne dépend pas que de l'évolution de l'organisation. Elle repose aussi sur des outils, qui, aujourd'hui, ne sont pas encore satisfaisants. L'identification des personnes est fondée sur le numéro d'inscription au répertoire (NIR) dont la certification n'est pas achevée. Le fichier national de gestion des carrières retraçant l'activité ou la non-activité de l'assuré, centralisé au centre informatique de Tours, est mis à jour régulièrement (cf. *infra*, chapitre suivant, p. 457). Ces mises à jour ne se font pas sans des anomalies (de l'ordre de 9 % des mouvements en 1997, et jusqu'à 12 % en Ile-de-France avant traitement ; après traitement, ces taux sont ramenés à 2,1 % et 2,5 % respectivement). La qualité des informations sur les carrières devrait s'accroître grâce à un meilleur suivi des reports au compte, notamment en développant les échanges entre régimes et en obtenant des CPAM et des ASSEDIC des transmissions plus rapides.

A la charnière entre système d'information et politique de proximité, les outils de réponse ne sont pas non plus optimaux. La plénitude des missions des agences ne sera effective qu'à l'issue du déploiement du schéma informatique 2000, lequel est en retard (cf. chapitre suivant, *infra*, p.457).

II - Informer plus régulièrement l'assuré

Il n'est d'ailleurs peut-être pas adéquat d'attendre que l'assuré ait 58 ans pour faire le bilan de sa carrière avec lui. Ne serait-il pas souhaitable en effet d'établir, de façon régulière entre la caisse gestionnaire et l'affilié, un "relevé de compte" permettant d'informer l'assuré sur sa situation vis-à-vis du régime général, telle qu'elle est connue et appréhendée par la caisse, et, par là, de lui permettre d'être informé ? L'article 161-17 du code de la sécurité sociale, dans son premier alinéa, dispose d'ailleurs que "les caisses et services gestionnaires de l'assurance vieillesse sont tenus d'adresser périodiquement, à titre de renseignement, à leurs ressortissants, les informations nécessaires à la vérification de leur situation au regard des régimes dont ils relèvent. La périodicité de cette information devra être, en tout état de cause, de durée inférieure au délai de prescription des créances afférentes aux cotisations sociales".

La jurisprudence a interprété ce texte comme imposant une obligation d'information non individualisée, pouvant avoir lieu par voie de presse interne. Cela paraît insuffisant au regard des risques d'anomalies dans les reports au compte, surtout si les carrières sont heurtées et diverses. Dans le cas d'entreprises ayant disparu en particulier, une reconstitution tardive des droits résultant de quelques années de carrière est très difficile.

Un relevé de compte adressé régulièrement, tous les cinq ans par exemple, par les caisses aux assurés de leur ressort pourrait être envisagé. Ce faisant, la branche retraite du régime général adopterait une pratique déjà développée par les régimes complémentaires (ARRCO et AGIRC). Cela suppose que ces informations soient présentées de façon plus claire et compréhensible que dans l'unique relevé actuel, exigence d'autant plus nécessaire qu'elle est difficile à satisfaire en cette matière où la réglementation est très complexe. Même si l'on n'adoptait pas une fréquence régulière, il serait nécessaire, au moins, qu'un salarié quittant une entreprise sache à ce moment que ses droits ont été correctement inscrits.

III - Le règlement de la retraite

En application de l'article R.351-37 du code de la sécurité sociale, la date d'entrée en jouissance de la pension est fixée le premier jour du mois qui suit la date de dépôt de la demande. Pratiquement le quart des demandes de retraite sont transmises, pour instruction, après la date d'entrée en jouissance de la pension (ces retards portent essentiellement sur les demandes émises par l'intermédiaire d'autres régimes, ou d'un pays étranger). Tardive ou non, la demande fait l'objet d'une instruction qui dure une dizaine de jours en moyenne. Au total,

dans un cinquième des cas, les attributions de droits sont postérieures de plus d'un mois à leur date d'entrée en jouissance, ce qui n'est pas satisfaisant.

La déclaration unique de retraite, qui permet à l'assuré de ne faire qu'une demande, est une bonne disposition, effective depuis 1998. Cependant, elle ne concerne actuellement que les régimes dits alignés (outre le régime général, la MSA, la CANCAVA et l'ORGANIC) ; ni les régimes complémentaires, ni les régimes spéciaux ne sont concernés. D'autre part, cette disposition oblige les régimes concernés à des transmissions de demande. Elles se font actuellement sous forme papier et il serait souhaitable que l'on progresse dans la dématérialisation de ces échanges.

Les paiements de retraite sont évidemment nombreux : ils concernent beaucoup de personnes (le nombre de comptes prestataires à la branche retraite du régime général était en 1997 de 9,4 millions) et ils sont mensuels. D'où l'émission d'environ 110 millions de titres sur l'année. Les échéances de paiement sont bien respectées. Avant l'engagement et la liquidation de cette dépense, des contrôles sont effectués : sur l'existence de la personne, et sur les ressources des bénéficiaires (en cas de prestations soumises à plafond). Ces contrôles paraissent insuffisants, et d'ailleurs ne constituent pas une priorité de la branche, qui retient au contraire celle de la rapidité du paiement.

Les indus peuvent résulter d'erreurs imputables soit à la branche, c'est-à-dire au liquidateur disposant de toute l'information mais en en faisant un mauvais usage (mauvaise connaissance de la législation, erreur de saisie,…), soit parfois à l'assuré (déclarations erronées ou insuffisantes, mal contrôlées). Certaines pensions sont plus vulnérables au risque d'indu que d'autres, du fait de la complexité des règles d'attribution (pensions de réversion soumises à condition de ressources, prestations de veuvage soumises aux conditions de résidence en France et de non-remariage, majoration de pension pour conjoint à charge,…). Il semble que la très grande majorité des indus soient imputables directement à la branche : 50 % des erreurs sont dues à une mauvaise connaissance ou application de la réglementation par les liquidateurs, 33 % à des erreurs de saisie. Il conviendrait que la branche prenne toutes dispositions (formation des agents, outils mis à leur disposition, contrôles internes,…) pour réduire ses propres erreurs.

Les indus, tant sur prestations que sur allocations, ne sont bien entendu pas toujours détectés. Ceux qui le sont se sont élevés en 1997 à 500 MF, soit à 0,1 % des retraites, ce qui est très peu mais en augmentation (11 % depuis 1990)[258]. La quasi totalité d'entre eux est recouvrée. En cas d'erreur de l'organisme et de bonne foi du retraité, des annulations d'indus ou des remises de dettes ont lieu. Ces dernières ont représenté 17 MF en 1997, et sont en diminution.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Deux des relations que la branche retraite du régime général entretient avec ses usagers -au moment de la retraite pour liquider leurs droits, et durant la retraite pour les recevoir- apparaissent satisfaisantes. En particulier, les versements de la retraite sont faits en temps. Cependant, l'attention sur les causes internes des indus devrait s'accroître, pour les réduire.

En revanche, la troisième relation de la branche avec l'usager -avant la retraite de ce dernier, tout au long de sa vie professionnelle- devrait s'améliorer : il faudrait la rendre plus régulière pour faire connaître à l'assuré ses droits, au lieu d'attendre qu'il approche de l'âge de la retraite Et, à cette occasion, un effort de communication et de pédagogie s'imposerait pour que le plus grand nombre d'assurés possible comprennent leurs droits et décident en conséquence.

RECOMMANDATIONS

1. Généraliser l'information des assurés de 58 ans sur leurs droits à la retraite, de manière à leur permettre de réagir et à réduire les retards de liquidation résultant de cas litigieux. Au-delà, étudier les modalités d'une information personnelle, régulière et susceptible d'être bien comprise par les assurés sur leurs droits, tout au long de leur vie professionnelle.

2. Développer le plus vite et le plus largement possible la politique permettant d'informer et d'accueillir les assurés, y compris pour les aider dans leurs choix, ce qui suppose de disposer des outils informatiques nécessaires.

Cette section n'a pas appelé de réponse

---

[258] Si on se limite aux indus sur prestations, ils ont diminué.

CHAPITRE XII

Sommaire

Les systèmes d'information à la base des prestations des branches retraite et famille du régime général

Les branches famille et vieillesse du régime général ont ceci de commun que l'essentiel de leur activité consiste à verser des prestations légales, fixées par des règles (lois, décrets,…) : des prestations familiales et des retraites. Dans les deux cas, et c'est un autre point commun, les règles selon lesquelles ces prestations sont versées, et qui dépendent respectivement de la situation familiale ou personnelle des assurés, et de leur carrière passée, sont très complexes, parfois inextricables (et en plus, elles changent très souvent, du moins dans la branche famille). Aussi, dans les deux cas, la qualité des prestations (leur exactitude, le délai de versement,…) dépend-elle de façon cruciale du système d'information. Son examen découle donc logiquement des deux chapitres précédents

Il faut enregistrer à temps et conserver le temps nécessaire les bonnes informations sur les personnes, puis les utiliser à bon escient, c'est-à-dire déduire de ces information les prestations auxquelles les assurés ont droit, selon les règles prévues. Toute erreur soit lèse l'assuré (droits non respectés, ou même que l'assuré ne fait pas valoir), soit est coûteux (versements d'indus, gestion et récupération de ces derniers,…).

Ne serait-ce que pour cette dernière raison, la Cour a donc examiné les systèmes informatiques et, plus généralement, les systèmes d'information orientés sur les prestations des deux branches. Des progrès notables ont été faits ces dernières années et sont encore en cours. Ainsi de l'application du schéma directeur informatique à la CNAV, même s'il a pris beaucoup de retard. Ainsi du système CRISTAL, utilisé désormais pour le versement des prestations familiales, même s'il a été introduit au prix de lourds dépassements du calendrier et du coût. Ces progrès doivent être prolongés et élargis ; en particulier les potentialités technologiques des nouveaux outils doivent être développées et utilisées à plein. Comme dans les autres chapitres, la Cour tire de ses observations quelques propositions.

Section I : les systèmes d'information pour la gestion des retraites du régime général

L'essentiel de la retraite est constitué d'avantages principaux de droit direct perçus en contrepartie des cotisations versées durant la vie active. Des avantages additionnels s'ajoutent éventuellement à ces avantages principaux selon la situation personnelle et familiale du retraité (sur les avantages familiaux et conjugaux des retraites, cf. chapitre suivant, *infra*, p. 483) : ce sont les avantages accessoires (bonification pour enfants, majoration pour conjoint à charge ou majoration pour tierce personne[259]), les pensions de réversion[260] ou les allocations du Fonds de solidarité vieillesse[261] (FSV).

L'avantage de droit direct est la résultante de la vie professionnelle passée du retraité : durée de carrière, niveau de qualification et de rémunération. Ces droits à la retraite peuvent être acquis au titre de régimes d'assurance vieillesse différents.

Deux tiers des retraités sont unipensionnés : n'ayant pas changé de statut au cours de leur vie active, ils dépendent d'un seul régime de base, même s'ils peuvent par ailleurs, percevoir en plus un ou plusieurs avantages principaux de droit direct émanant de régimes complémentaires obligatoires.

Plus d'un tiers de retraités ont cotisé auprès de plusieurs régimes de base durant leur vie active. Lorsqu'une personne change de branche ou de statut durant sa carrière, le passage engendre automatiquement une affiliation à un nouveau régime d'assurance vieillesse de base.

La caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV) gère le régime général des retraites (la plus importante des caisses de retraite avec 63 % des cotisants) et assure directement le calcul et le paiement des retraités pour la région Ile-de-France (soit 25 % de la charge de l'ensemble de l'organisme). Quatorze caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), une caisse régionale d'assurance vieillesse à

Strasbourg et quatre caisses générales de sécurité sociale dans les DOM, assurent ces activités dans leur circonscription d'intervention respective par délégation. Les étapes chronologiques dans la gestion de la retraite d'un assuré sont les suivantes, la plupart d'entre elles étant inconnues de l'assuré (sur les relations entre la branche retraite et l'assuré, cf. *supra* chapitre précédent, p. 437) :

Son affiliation : étape souvent totalement inconnue de l'assuré est un élément clé de la gestion sur une longue période. Elle donne lieu à une vérification précise de l'Etat civil de l'assuré, dont la qualité doit être maintenue tout au long de sa vie. Cette affiliation a lieu dès que l'individu entre dans la vie active. La procédure d'immatriculation est engagée par la démarche déclarative obligatoire de l'employeur, la déclaration unique d'embauche (DUE) transmise à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour sa partie demande d'immatriculation du salarié au régime général de sécurité sociale, la CPAM se retournant ensuite vers la CRAM si nécessaire, pour lui confier l'identification de l'assuré.

L'alimentation de la carrière des assurés : la carrière de l'assuré est l'élément déterminant du calcul et de l'attribution des droits. Les employeurs communiquent leurs déclarations annuelles obligatoires -déclarations annuelles de données sociales (DADS) ou données nominatives trimestrielles (DNT)- à la CRAM. Sont ainsi mémorisées les informations relatives à l'assuré positionnement du compte individuel, activités rémunérées (salaires) ou non rémunérées (maladie, chômage) tout au long de sa carrière. 1,8 million d'établissements adressent chaque année leur DADS, ce qui représente plus de 30 millions d'informations nominatives reçues chaque année et exploitées par les CRAM de la région d'implantation des établissements ou de façon centralisée quand elles concernent plusieurs régions.

La régularisation de la carrière des assurés : l'alimentation régulière n'exclut pas la nécessité d'une opération de vérification de la carrière, d'étude des avantages additionnels et de contact avec l'assuré. Ces opérations de régularisation du compte sont effectuées au moment de préparer le passage à la retraite (cf. à ce sujet le chapitre précédent, *supra*, p. 439).

L'instruction de la retraite : cette étape permet à l'assuré de faire valoir ses droits. Si l'essentiel des tâches administratives est réalisé dès 58 ans, le passage à la retraite doit dans la plupart des cas être une simple formalité. Les quatre plus grands régimes (régime général, MSA, CANCAVA et ORGANIC), qui n'ont pas des systèmes d'information cohérents, ont engagé une coopération pour permettre à l'assuré de ne procéder qu'à une seule démarche et de remplir un seul document pour demander sa retraite, la demande unique de retraite, auprès de ces régimes.

Le paiement des retraites : cette opération est spécifique à chaque régime. Pour le régime général, chaque CRAM verse les prestations d'assurance vieillesse aux assurés bénéficiaires de droits dont la demande a été déposée dans la région correspondante. L'enjeu principal de cette étape consiste d'une part à assurer la continuité des ressources ce qui suppose d'avoir régularisé le compte en amont et d'autre part d'apporter une réponse personnalisée à une demande d'information individuelle en matière d'action sociale ce qui suppose une bonne connaissance du niveau de ressources des retraités.

La gestion de l'assurance vieillesse par le régime général, représente aujourd'hui près de 9,5 millions de prestataires au titre de l'assurance retraite et l'assurance veuvage, près de 65 millions de comptes individuels. Ces informations sont regroupées sur support magnétique pour toutes les annuités validées depuis 1930. Ces comptes individuels mémorisent les cotisations ou salaires perçus par les assurés ainsi que les périodes assimilées à des périodes d'assurance (maladie, chômage ou invalidité : sur les périodes assimilées, cf. le rapport de la Cour sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999). Près de 30 millions des comptes gérés sont des comptes communs à d'autres régimes (français ou de l'Union européenne).

L'informatique et les systèmes d'information jouent un rôle essentiel dans le suivi chronologique de tels volumes de données. C'est pourquoi, lors du contrôle de la CNAV effectué par la Cour en 1999, ce thème a été isolé.

La CNAV a établi, en 1992, un schéma directeur pour définir une architecture informatique adaptée à une plus grande qualité de service rendu aux assurés, aux employeurs et aux partenaires. Les projets correspondants à la mise en œuvre de cette nouvelle architecture doivent être menés à bien avant l'an 2003 pour répondre à la surcharge attendue à l'horizon 2005. En effet les contraintes qui pèsent aujourd'hui sur le régime de retraite,

sont, à législation constante (cotisations, prestations), multiples, et affectent fortement les perspectives d'évolution du système informatique dès 2005.

Les régimes de retraite rémunèrent désormais des carrières plus complètes qu'autrefois avec un suivi plus dense des périodes de validité à analyser ; le vieillissement de la population et, à partir de 2005, l'arrivée à soixante ans des générations de l'après-guerre plus nombreuses, multiplient le nombre de prestations à servir à l'horizon 2005 ; enfin les perspectives d'un déséquilibre du rapport prestations sur cotisations dès 2005 incitent à rechercher une plus grande maîtrise des dépenses. Dans ce contexte, l'enquête de la Cour a cherché à apprécier dans quelle mesure la CNAV s'est adaptée à moindre coût pour restructurer son système informatique, assurer rapidité et qualité des prestations et respecter l'échéance de 2005.

Le schéma directeur a été organisé sur la base de principes forts. Abandonner la structure régionale des systèmes d'information établis en CRAM, construire des traitements nationaux distribués dans les sites régionaux et mettre en place au centre national de Tours des fichiers nationaux de référence pour les données d'identifiant, de carrière et de suivi des dossiers. Les fichiers régionaux des identités et des comptes individuels devraient donc disparaître et le fonctionnement des applications devrait être revu pour s'appuyer sur des accès aux fichiers centralisés.

Le schéma directeur a introduit une nouvelle organisation des activités de la branche retraite distinguées en cinq processus : "retraite", "données sociales" (exploitation des DADS), "action sanitaire et sociale", "gestion des ressources humaines" et "logistique, budget, comptabilité".

L'infrastructure régionale retenue repose sur sept serveurs UNIX dédiés : un serveur de développement pour permettre la participation de l'ensemble des caisses à la construction des applications "client/serveur" ; un serveur de production ; des serveurs techniques affectés aux transferts et à la sauvegarde des données, à l'administration de la production et de la politique de sécurité.

Mais la réalisation de ces objectifs est délicate, le développement et la mise en œuvre des nouvelles applications ont pris un retard important. Aussi les anciennes applications régionales sont-elles encore indispensables à la gestion des retraites en CRAM, bien qu’elles soient obsolètes et coûteuses.

I - l’Identification des assurés

A - Le système national de gestion des identités (SNGI)

L'identification des assurés du régime général est le NIR, numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP).

Au moment de l'analyse du schéma directeur, la CNAV disposait de deux niveaux de fichiers d'identifiants, un national (FNI) à Tours, un régional (FRI) dans chaque CRAM.

Au départ, le fichier national des identifiants (FNI) de Tours, simple relais entre les CRAM et l'INSEE pour la demande et le retour d'attribution du NIR n'était pas une base de référence pour les CRAM. Les applications régionales des CRAM (liquidation, rachat, rétablissement de droits, annulation de versement ou régulation), n'ont jamais été développées avec le souci de garantir leur cohérence avec le FNI.

Le système central de gestion des identités (SNGI) a été mis en place en 1995 ; base d'identification de la branche, retenu comme la référence, il est aujourd'hui accessible en CRAM. Dès l'ouverture du SNGI, la procédure d'identification régionale a été abandonnée au profit d'un enregistrement dans le système national. Un historique de l'identification des personnes qui se traduit par la gestion de "NIR daté" permet de garder la trace des modifications intervenues au cours de la carrière d'un individu.

Le SNGI rassemble plus de 87 millions d'identités. Mais il reste un socle de situations à corriger. Ces litiges sont généralement archivés pour être régularisés lors de la liquidation des droits. La carrière des assurés est actualisée tous les ans, le report à une date ultérieure des litiges d'identification ne peut donc qu'accroître la complexité des traitements. La mise en place d'un contrôle anticipé ou d’un contact avec l'assuré dès la première alimentation du compte doit être effective (cf. *supra*, chapitre précédent, p. 439), ce qu'elle n'est pas

aujourd'hui en raison des insuffisances du système actuel.

B - Le répertoire national inter régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM)

Dès 1981, la CNAV a revu son dispositif de coopération avec l'INSEE pour fiabiliser l'attribution du NIR d'un assuré lors de son affiliation : le NIR est géré par l'INSEE pour les personnes nées en métropole ou dans les départements d'outre mer (DOM) et par le service administratif national des assurés de la CNAV pour les assurés nés dans les territoires d'outre-mer ou à l'étranger.

Par ailleurs, dès 1995 les entreprises ont été sollicitées afin de transférer leurs déclarations annuelles de salaire (DADS et DNT) sur support magnétique. La mission de collecte et de traitement des données sociales a été prise en charge par la branche retraite qui effectue cette collecte pour le compte de plusieurs partenaires. Chacun d'eux est ensuite rendu destinataire des informations[262] contrôlées qui le concernent.

Compte tenu de cette double expérience dans l'attribution du NIR à un assuré et dans les échanges d'information entre les partenaires de la gestion des prestations sociales, la gestion du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM) a été confiée à la CNAV en 1996. Ce répertoire de référence est constitué pour chaque bénéficiaire, de son état-civil, de son NIR et des informations de rattachement à l'organisme lui servant les prestations d'assurance maladie. Le RNIAM est mis en œuvre par la CNAV pour le compte et sous le contrôle des organismes d'assurance maladie. Ces organismes doivent l'entretenir en l'informant des événements intervenus sur leurs assurés et peuvent l'interroger pour obtenir des informations concernant l'identité d'un ou plusieurs assurés. Pour sa part, le RNIAM diffuse des avis aux organismes concernés par un événement enregistré au répertoire. Fin 1999, 62 millions de bénéficiaires avaient été "chargés" dans le RNIAM. Mais les échanges inter-régimes développés pour cette montée en charge ont créé des demandes d'immatriculation en grand nombre.

L'arrêté du 22 octobre 1996 qui encadre les échanges entre le RNIAM et les organismes utilisateurs ne permet aucune consultation en temps réel à partir d'un poste de l'assurance maladie. D'où les difficultés d'interrogation du RNIAM à partir des systèmes d'informations des CPAM.

Il importe de revoir ce dispositif d'interrogation, qu'il s'agisse de ses aspects techniques ou des implications réglementaires : s'appuyer au plus tôt sur des mécanismes de sécurisation du transport d'informations nominatives adaptés aux technologies aujourd'hui disponibles ; étudier les protections qui permettent d'offrir un accès direct en consultation aux organismes quand cela est nécessaire ; et développer une offre de format EDIFACT/ONU des flux d'interrogation du RNIAM ; cette norme, plus ouverte et plus riche que la norme actuelle, facilitera la prise en compte du répertoire dans les systèmes d'informations des organismes.

II - Le suivi des carrières des assurés

A - Le traitement des données sociales (TDS)

Chaque année la branche retraite rassemble, traite et répartit les informations communiquées par les employeurs. Ce "traitement des données sociales (TDS)" est le point d'entrée des informations retraite. L'efficacité du dispositif influence donc directement la fiabilité du report au compte pour alimenter le suivi des carrières.

Une forte mobilisation de la CNAV pour informer les PME-PMI a permis de développer la transmission des DADS sur support numérique : aujourd'hui seulement 25 % du volume des lignes de salaire provient d'une contribution papier. Cette transmission papier représente cependant encore le poste le plus important des charges d'exploitation : en 1997 les 60 MF de charges de TDS se répartissent en 35,5 MF de charges de structure, 1,5 MF d'exploitation des DADS numériques et 23 MF de charges d'exploitation des DADS papier.

La CNAV a introduit les techniques de lecture automatique des documents (LAD) pour résorber les coûts d'exploitation des DADS papier. Les premiers essais ont permis de constater que plus de 70 % des feuillets peuvent ainsi être automatiquement pris en charge. Il importe de conforter cette orientation qui apporte de réelles réductions des moyens en personnels nécessaires mais également une réduction des délais et

l'automatisation des transmissions aux organismes concernés.

Suite à l'expérimentation d'une collecte sécurisée des DADS sur INTERNET, qui s'est révélée positive, cette voie est en cours de généralisation. Il faut l'intégrer dans un contexte plus vaste tel que la mise en œuvre de DADS unifiées et le projet Net-Entreprise de télé-déclarations dans des formats standards. Ce serait l'occasion de développer le contrôle de l'identification de chaque salarié dès la réception de cette information en provenance de l'entreprise. Les différents partenaires à qui, ensuite, sont adressées ces informations n'auraient alors plus, chacun séparément, à effectuer ces contrôles.

B - Le système national de gestion des carrières (SNGC)

Le système national de gestion des carrières (SNGC) capitalise les lignes de salaires et les informations des périodes assimilées. Il reçoit pour une année environ 38 millions de lignes de salaire, 500 000 informations de périodes (maladie, chômage…) et plus de 8 millions de reports des autres régimes (en 1997 ces 8 millions de reports ont été reçus principalement de la MSA pour 5,2 millions, de la CNRACL pour 0,8 millions, de la CANCAVA pour 0,5 millions, de l'ORGANIC pour 1,3 million et de SNCF et GDF pour 0,2 millions).

La base du système national de gestion des carrières disponible à Tours permet de suivre toutes les périodes de validité donnant lieu à cotisation y compris les périodes d'affiliation à d'autres régimes et les données issues des opérations de régularisation du compte (l'enregistrement des dates de début et de fin de périodes a remplacé le repérage par trimestre). Il serait intéressant de valoriser ces données de gestion en développant les travaux d'analyse sur des échantillons pour l'évaluation de la situation des personnes d'âge actif au regard de leurs droits à pension. Un tel instrument permettrait d'apprécier en continu l'acquis résultant des carrières en termes de retraites futures des assurés du régime.

III - la Liquidation et le paiement des retraites

La liquidation et le paiement des retraites ont donné lieu au développement d'applications informatiques pour chaque tâche élémentaire : l'enregistrement de la demande de retraite ; l'étude et le calcul des droits ; la régularisation ou l'annulation de versements ; le rachat ou le rétablissement des droits ; le paiement des prestations et le traitement des contentieux.

Aujourd'hui les fichiers nationaux de référence, la gestion des données de contact en région et l'enregistrement d'une demande sont opérationnels. En revanche, les applications de calcul de droits et de paiement ne sont pas terminées. Les applications de production : paiements, entretien des informations de contact, RIB, adresse, droits, sont maintenues dans les anciennes architectures régionales (serveurs GCOS7 et MVS en CRAM), leur mise en œuvre sur les serveurs UNIX est reportée à fin 2002. Un tel constat est inquiétant à plusieurs titres . Ce retard se traduit par l'obligation d'entretenir plus longtemps qu'il n'était prévu les anciennes applications (il a d'ailleurs fallu les adapter pour supporter l'an 2000 et l'euro), mais surtout il met en évidence la difficulté des équipes informatiques à maîtriser la transcription de la législation. Si cet obstacle n'est pas entièrement levé, ce sera un échec pour le schéma directeur. En effet l'objectif était non seulement d'intégrer la législation dans les procédures de traitement mais aussi de tirer parti des nouvelles technologies informatiques pour maîtriser la réactivité des chaînes de traitement vis-à-vis des modifications proposées par le législateur.

IV - Le répertoire national des retraités (RNR)

La nécessité de disposer d'informations inter-régimes sur les retraités a été identifiée dans plusieurs domaines (cf. à ce sujet l'annexe du chapitre IV, *supra*, p. 193) : le contrôle de l'application de la législation existante (par exemple, limites de cumul entre une pension de réversion et un droit propre) ; la simplification des relations avec la direction générale des impôts pour le contrôle des ressources ; l'attribution du minimum contributif ; la connaissance des ressources pour le service du minimum vieillesse ; un dispositif plus performant pour estimer l'impact des réformes ; un outil pour appréhender la situation réelle des

pluripensionnés (sur les pluripensionnés, cf. le rapport de la Cour sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999) ; un outil commun à tous les régimes pour faciliter les conditions de prélèvement des contributions sociales assises sur les retraites par les organismes d'assurance vieillesse (conditions d'exonération, taux différenciés de CSG).

Les informations contenues dans le RNR doivent permettent l'identification du retraité, l'identification des régimes d'affiliation, le repérage de la nature et du montant des avantages servis. Le modèle de données du RNR est donc un cadre dans lequel les régimes de retraite français doivent pouvoir s'inscrire, qu'ils soient régimes de base ou régimes complémentaires.

La direction de la sécurité sociale a réuni un groupe de travail pour définir et suivre l'expérimentation préalable à la constitution du répertoire national des retraités. Les représentants des régimes ont reconnu l'intérêt d'un tel répertoire. L'étude du projet mené par la CNAV appelle quelques remarques :

- la qualité et la fiabilité des données rassemblées dans le RNR conditionne le succès de ce projet, il est donc indispensable que chaque partenaire fiabilise les données qu'il fournit au RNR ;

- un accès direct de chaque partenaire à la base statistique anonyme associée au répertoire est envisagé avec une solution de serveur web équipé d'un contrôle d'accès ; cette solution, simple à mettre en œuvre pour les partenaires, répond à leurs besoins ;

- le volume du RNR est très important (environ 60 giga octets pour la base des 15 millions de retraités) ; pour garder la possibilité de répondre simplement à des demandes d'organismes statistiques ou d'études, il est nécessaire de prévoir, dès l'étude préalable, le dispositif adapté à la construction d'échantillons de données du RNR.

Il importe que la valorisation du RNR sous forme d'extraction à des fins d'études et d'analyses ait lieu rapidement pour ne pas limiter cette base au seul rôle d'outil de contrôle des prestations servies et faciliter le retour d'informations pertinentes vers les partenaires, seul moyen de les motiver pour satisfaire à l'exigence de qualité et d'exhaustivité requise pour les flux adressés à la CNAV.

V - Les personnels et l'organisation

1050 agents travaillent dans le secteur informatique de la branche. Leur répartition fait apparaître un effectif d'informaticiens important dans chaque CRAM, 45 agents en moyenne si on exclut le centre de Paris dont la structure spécifique correspond à la prise en charge de services nationaux. Cette situation est une conséquence directe de la stratégie du schéma directeur pour "réussir le passage d'une informatique centralisée en région à une informatique distribuée s'appuyant sur des bases de référence nationales uniques". La CNAV a choisi de mobiliser en priorité ses propres moyens pour conduire et réaliser son schéma directeur et d'impliquer fortement les CRAM : d'où dans les CRAM une structure de prise en charge opérationnelle ou "centre" , à la CNAV des cellules responsables de la cohérence globale tant aux plans fonctionnel que technique. Cette orientation stratégique s'est accompagnée d'investissements importants en formation pour permettre aux personnels de maîtriser les nouvelles technologies et de piloter de façon coordonnée des projets pris en charge dans les caisses régionales. Ce mode d'organisation a conduit à fractionner les développements et à multiplier les instances de coordination. Du fait de la dimension du schéma directeur (nombre important de projets, de personnes et de centres impliqués) le point sensible du projet reste la cohérence fonctionnelle et technique des développements.

Le bilan des opérations d'assistance technique du schéma directeur est positif. Il y a cinq ans les développements informatiques de la CNAV avaient pour objectif la programmation d'ordinateurs centraux, l'utilisation du langage cobol et le traitement des travaux en différé. Les actions d'assistance extérieure menées dans le cadre du schéma directeur ont changé les habitudes culturelles des techniciens informatiques : le concept de grands fichiers de référence communs à l'organisme est acquis ; le cadre de la programmation en cobol a été remplacé par le développement d'applications en client serveur. Cette évolution a été difficile et longue mais elle est maintenant irréversible. Le recours systématique aux progiciels du marché n'est pas acquis mais la production de progiciel CNAV a remplacé les programmes jetables réalisés à la demande.

Dès le départ les utilisateurs ont été largement impliqués dans la conduite du schéma directeur. Le contrôle de

qualité est assuré par le directeur de la CRAM et l'agent comptable ; cet engagement se retrouve dans le contrat pluriannuel de gestion. Ainsi l'informatique s'inscrit dans une problématique de production, l'informaticien rend compte à son directeur, aussi bien pour les développements que pour l'exploitation des travaux.

VI - L’nfrastructure informatique

A - Le serveur national

Pivot du système d'information, le centre de Tours regroupe données et traitements partageables par l'ensemble de la branche. Grâce à lui les techniciens retraite des caisses doivent pouvoir disposer en temps réel des données d'identification (SNGI), de carrière (SNGC) ou d'archivage de dossier (SNGD) nécessaires à l'instruction des demandes de retraites.

Le système d'information est réparti en trois niveaux géographiques : le niveau national à Tours tient les informations de base à disposition des CRAM, le niveau régional mémorise les informations liées au traitement des dossiers relevant de sa compétence ainsi que les informations de paiement de prestations qui leur sont associées, enfin le niveau local assure le traitement des informations. La cohérence de cette répartition géographique repose sur des flux de données acheminées soit en temps réel (réponse à une demande d'identification au SNGI), soit en différé (transfert du dossier la nuit suivante) suivant les cas.

Le centre de Tours est équipé d'un serveur AMDAHL 7670. Depuis septembre 1996, il a pris en charge la gestion du RNIAM.

B - Les serveurs régionaux

Le schéma directeur prévoit de standardiser les infrastructures régionales avec des serveurs UNIX. L'objectif consiste à transférer progressivement l'ensemble du système d'information régional sur des serveurs ouverts qui, comme on l'a dit plus haut, sont dédiés. Mais la CNAV se trouve aujourd'hui dans une phase de redondance des systèmes : les serveurs ouverts ont été "introduits" (coût faible, prise en main aisée) et commencent à jouer un rôle dans le système d'information, mais les applications "liquidation" et "paiement" restent disponibles uniquement sur les anciens systèmes propriétaires. La CNAV doit donc gérer la coexistence de matériels et logiciels appartenant à des générations techniques différentes ainsi que la "migration" de solutions anciennes vers des matériels et logiciels nouveaux. Les retards dans la réalisation du schéma directeur, dont l'échéance prévue était 2000, accentuent le coût de cette redondance des systèmes, provoquant un surcoût pour l'organisme dans son ensemble.

C - les développements

La CNAV mène depuis 1992 une politique de développement et de diffusion d'applications standards au sein de la branche. Cette politique doit conduire à plus grande fiabilité des traitements et à de réelles réductions des coûts informatiques. Pour réussir cette standardisation des traitements à l'échelle de la branche, la CNAV s'est appuyée sur une fonction de participation efficace mais cette organisation se traduit par un retard dans l'exécution des projets qui conduit à prolonger les coûts des équipements en double.

RECOMMANDATIONS

1. Poursuivre l'expérimentation TDSNET (de collecte des DADS via INTERNET) conduite dans un cadre validé par le SCSII et la CNIL, expérimentation qui offre de réelles perspectives de simplification administrative pour les petites entreprises. Elle doit être prolongée par une extension des services offerts (retour de contrôle d'anomalies…) et consolidée pour être proposée dans l'offre des dispositifs standards TDS.

2. Etudier au plus tôt les possibilités d'utiliser des mécanismes de sécurité adaptés au transport d'informations nominatives avec l'objectif de revoir le dispositif réglementaire pour mettre à disposition des CPAM une option de consultation du RNIAM interactive et sécurisée et autoriser, au moins lors de la liquidation des

retraites, les caisses régionales vieillesse à accéder à ce répertoire.

3. Donner une forte priorité au projet RNR pour l'achever dans les meilleurs délais, tout en redéfinissant les conditions techniques de réalisation : choisir un standard d'échange reconnu par tous, consolider les nomenclatures de descriptions des différents avantages servis et offrir aux partenaires un accès à la base statistique associée.

4. Réussir impérativement, dans l'échéance prévue, c'est-à-dire avant la fin 2002, la reprise de l'ensemble du processus "retraite" sur les serveurs UNIX, notamment les fonctions de liquidation et de paiement.

Réponse

---

[259] La "bonification pour enfants" est réservée, aux hommes et aux femmes ayant élevé au moins trois enfants ; la "majoration pour conjoint à charge" est attribuée aux personnes dont le conjoint ne dispose pas de retraite personnelle et la "majoration pour tierce personne" est attribuée si le retraité, pensionné pour inaptitude, a besoin d'une aide pour effectuer les gestes courants de la vie quotidienne.

[260] La pension de réversion est conçue pour pallier une éventuelle précarité financière, son montant est proportionnel au montant du droit direct que percevait le conjoint décédé, son versement est soumis à condition de ressources.

[261] L'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est une allocation différentielle destinée à garantir aux personnes âgées les plus démunies un niveau de ressources égal au minimum vieillesse.

[262] La DADS contient des informations destinées : aux URSSAF pour le calcul des cotisations de sécurité sociale; aux CPAM pour l'ouverture des droits des salariés à l'assurance maladie; aux CRAM pour la tarification et la prévention des accidents du travail et pour le positionnement du compte individuel des salariés; aux service fiscaux (DGI) pour l'établissement des impôts dus tant par les employeurs que par les salariés ainsi que pour la gestion de la taxe sur les salaires; à l'IRCANTEC, régime de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat, des collectivités locales et des hôpitaux publics; à l'UNEDIC pour le contrôle des contributions d'assurance chômage; à l'INSEE pour l'établissement de statistiques économiques sur les salaires et sur l'emploi.

CHAPITRE XII

Sommaire

Les systèmes d'information à la base des prestations

des branches retraite et famille du régime général

Section II :
"CRISTAL", le nouvel outil informatique de gestion des prestations familiales

Comme la branche vieillesse, la branche famille doit faire face à une réglementation complexe dans l'attribution des droits. La CNAF et les CAF sont d'autant plus sensibles à cette contrainte que la complexité va croissante, du fait de la part de plus en plus importante de prestations délivrées sous condition de ressources. Le système informatique de la branche a été conçu pour répondre à cette préoccupation principale : verser rapidement le juste niveau de prestation. Mais ce versement, dans le respect de la réglementation, est contrôlé par les caisses, et non pas par des tiers : de ce point de vue, l'environnement, centré sur la production, est simplifié par rapport à celui de la branche maladie, confrontée à la nécessité d'une connaissance fine des prescriptions médicales, et de ce fait plus directement préoccupée par la qualité des informations produites par le système informatique.

Les investigations présentes de la Cour se concentrent sur le système de production de la branche famille, et n'abordent pas ses systèmes administratifs ou décisionnels. Durant les dix dernières années, le problème

principal de la branche était en effet de concevoir un système de production performant, capable de faciliter le travail des caisses et d'améliorer le service des usagers tout en unifiant l'informatique des caisses jusque là dispersée.

Cette préoccupation s'est traduite par le développement et la mise en place d'un nouveau modèle de gestion des prestations familiales, CRISTAL, "Conception Relationnelle Intégrée du Système de Traitement des Allocations", qui a signifié un double changement majeur pour les caisses, à la fois une unification du système et le passage d'une technologie en temps différé à un système en temps réel.

I - CRISTAL : une gestation difficile, un déploiement contrasté

A - Un projet retardé et financièrement sous-évalué

A partir des années quatre-vingts, les CAF ont été chargés de gérer des aides de plus en plus diversifiées pour des populations en difficulté sociale et financière. Un premier modèle national, MONA, reposant sur un traitement différé des informations saisies par les techniciens, a été développé mais ne s'est pas imposé dans la totalité des caisses. En 1994, en effet, seulement 73 % des allocataires étaient gérés par MONA et trois autres modèles subsistaient : TEMPS REEL (région parisienne), AMICAM (Ouest et Centre) et celui de la caisse de Mâcon.

A la fin des années quatre-vingts, il est apparu nécessaire d'unifier l'ensemble du dispositif en créant un outil de traitement en temps réel. Cet outil, garantissant une capacité d'évolution de l'architecture technique, devait faciliter la prise en compte des évolutions de la réglementation, donc être paramétrable et documenté, et surtout lier les systèmes d'information et de gestion administrative à un système de production cohérent.

L'élaboration de CRISTAL aura finalement mobilisé plus de 200 informaticiens pendant huit ans, ce qui est trop long, même pour un projet de cette taille. Le calendrier a en effet été fortement perturbé. De 1991 à 1995, les débuts du développement ont été difficiles, les premiers résultats s'avérant décevants et coûteux par rapport aux objectifs initiaux, notamment du fait de la défaillance de la maîtrise d'ouvrage, insuffisamment directive.

Devant l'impossibilité de respecter le calendrier prévisionnel, des contrôles externes ont été pratiqués. L'organisation du projet a été modifiée en 1996 et le recours à la sous-traitance fortement réduit. Le déploiement du nouvel outil s'est finalement effectué à partir de juin 1997, pour s'achever fin février 2000.

La prévision initiale, datant de 1990, était donc particulièrement irréaliste : la phase de généralisation était alors prévue pour 1993. Le nouveau délai fixé en 1993 n'a été dépassé que d'une année, mais la phase de réalisation se sera échelonnée sur sept ans au lieu des deux ans initialement annoncés par la caisse nationale.

A ce décalage s'ajoute une dérive des coûts. Les premières estimations de 1990 et 1993 se sont révélées rapidement dépassées. Ce n'est qu'en 1996 qu'une définition plus précise a été faite, sous l'impulsion de l'enquête de l'IGAS alors entreprise.

L'IGAS distinguait en effet la fabrication et l'exploitation pour un montant de 958 MF d'une part, la conduite du changement (généralisation, formation) pour 245 MF d'autre part. Les coûts externes en 1996 représentaient 66,3 % de ces coûts prévisionnels, pour un quadruplement du coût annoncé en 1990 et un dépassement de 65 % du coût prévisionnel de 1993.

L'évaluation globale ultérieure est légèrement inférieure, notamment du fait de la baisse rapide des prix des équipements. Ainsi, la dernière évaluation disponible (1999) fait état d'un coût total de 1 139,5 MF (contre 1 203 MF prévu par l'IGAS), qui se décompose en 590,1 MF pour la réalisation, 244,9 MF pour l'exploitation et 304,5 MF pour la conduite du changement (généralisation et formation). Le total est donc quasiment identique à ce qui était prévu en 1996, mais les coûts externes ne représentent plus que 57,1 % du total. Les aides au démarrage des caisses ont en revanche augmenté, du fait notamment des besoins apparus en termes de résorption du stock. Si l'on ne considère que les coûts liés à la réalisation, la dérive est donc manifeste : 590,1 MF contre 529,4 MF prévu par l'IGAS, et 130,4 MF en 1990 au début de l'opération (tableau).

Coûts de réalisation de CRISTAL
(en MF et %)

Coûts de réalisation	1990*	1993**	IGAS*** 1996	Coût effectif 1999	Surcoût (%) par rapport à la prévision de …1990	…1993	…1996
externes	102,4	260,3	322,5	324,5	+ 217	+ 25	+ 0,6
internes	28,0	60,7	206,9	265,6	+ 849	+ 338	+ 28,4
Ensemble	**130,4**	**321,0**	**529,4**	**590,1**	**+ 353**	**+ 84**	**+ 11,5**

Source : CNAF. Les coûts externes sont constitués par la sous-traitance requise pour la réalisation de l'application, les achats d'équipements, l'assistance à la généralisation, et en particulier les aides consenties aux caisses ; les coûts internes reflètent l'activité des équipes informatiques pour le développement de l'application. Les autres éléments du coût (exploitation et conduite du changement) ne figurent pas dans ce tableau (cf. à ce propos le texte ci-dessus).

* prévision initiale

** prévision établie dans le schéma directeur informatique 94-96

*** prévision établie lors de l'enquête de l'IGAS

Les premiers chiffrages budgétaires étaient totalement fantaisistes. Il est vrai que le périmètre fonctionnel initial partait du principe d'une reprise de fonctions déjà existantes dans MONA : ce principe, irréaliste, n'a pu être tenu et les conséquences financières des bouleversements introduits par CRISTAL n'ont été tirées qu'en 1992.

Par rapport aux conclusions du rapport de l'IGAS, la dérive est moins sensible ; elle s'explique par l'augmentation de la durée du projet et du coût croissant de l'activité de support et d'intervention, dès lors que le nombre d'utilisateurs a augmenté au fur et à mesure de la généralisation, et que les versions ont présenté des défauts.

B - Les difficultés du développement

Les difficultés rencontrées par CRISTAL tiennent d'abord aux **défauts d'organisation** de l'informatique de la branche. L'absence de clarté des rapports entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre a concentré les critiques des audits réalisés par le cabinet Ernst & Young et par l'IGAS en 1995 et 1996. Elle a conduit à une maîtrise défaillante des rapports avec les sous-traitants et à un suivi insuffisant du projet.

Pour répondre à ces critiques, la maîtrise d'ouvrage a clairement été confiée en 1996 à la CNAF, et plus exactement à sa commission d'administration générale, qui l'a déléguée au directeur. Les différents utilisateurs ont été associés dans un comité directeur qui a travaillé avec une cellule d'assistance à la maîtrise d'ouvrage. Les pôles régionaux de compétence CRISTAL ont constitué des structures-relais régionales proposant aux CAF une assistance pour le déploiement. La maîtrise d'œuvre a ensuite été confiée aux CNEDI, centres de développement de la caisse nationale. Ce système a progressivement été généralisé à l'ensemble des projets informatiques de la CNAF.

Parallèlement, le recours à la sous-traitance a été diminué. Il avait représenté 222,5 MF des 590,1 MF de réalisation de CRISTAL, soit 38 %, en particulier de 1991 à 1994. Sur l'année 1998, ce recours à la sous-traitance n'est plus que de 13,5 MF, à comparer avec les 186,5 MF de coût de fonctionnement des équipes informatiques nationales. La CNAF ne fait donc appel aujourd'hui à la sous-traitance que par exception, et donne la priorité aux recours temporaires et encadrés.

Mais les causes du retard de CRISTAL dépassent les seuls problèmes d'organisation. De nombreuses **anomalies fonctionnelles** se sont révélées, notamment du fait de la défaillance de jeux de test incomplets, ce

qui constitue un problème grave pour les travaux en temps différé. Le portage du logiciel entre les filières des deux constructions qui structurent la branche a été plus délicat que prévu, faute notamment d'un respect suffisant des normes de programmation.

La **conversion** entre les systèmes anciens et CRISTAL a par ailleurs été très difficile, du fait de l'existence de quatre systèmes différents à convertir et du désir des caisses de garder leurs particularités. Cette conversion a été achevée en février 1999 pour le modèle AMICAM et en juin 1999 pour MONA et le système de Mâcon. Le problème n'est pas entièrement réglé pour l'Ile-de-France, et il a été au cœur des difficultés rencontrés par cette région en 1999.

Aux difficultés du développement se sont ajoutées des **problèmes matériels**. La filière d'un des constructeurs a connu une mise au point plus lente de ses systèmes d'exploitation, alors que l'application consommait plus de ressources processeur que prévu. Les centres régionaux de production (CERTI) de la branche qui sont équipés d'ordinateurs de ce constructeur ont souffert de temps de réponse très longs.

A l'occasion de ces problèmes, un observatoire a été mis en œuvre pour comparer les coûts existant dans les deux filières. Cet observatoire concluait en 1998 qu'il existait un surcoût de 15 % pour l'un des deux constructeurs sur 1997-2000, mais une parité de coût pour l'année 2001, grâce à un rabais de 25 % consenti par ce dernier sur ses matériels. Par ailleurs, il a progressivement rattrapé l'autre constructeur en termes de performance. Cet observatoire a ainsi permis de faire pression sur un des constructeurs pour qu'il réduise ses coûts. Il n'a pu cependant éviter l'apparition de surcoûts par rapport aux prévisions d'utilisation des machines dans la période récente.

C - Un déploiement globalement plus harmonieux

La mise en service de CRISTAL dans les caisses s'est d'abord effectuée dans des sites pilotes, Orléans et Vannes, de décembre 1994 à mars 1997 puis dans des sites expérimentateurs, Toulon et Annecy, à partir de 1996. A partir de 1997, les caisses de province ont progressivement basculé sur CRISTAL. La région parisienne a commencé le déploiement de CRISTAL en mai 1998 pour l'achever en février 2000.

La mutation s'est accomplie, mais non sans difficultés, en particulier pour les premières versions du logiciel, entachées de nombreuses erreurs. Les problèmes ont pu apparaître avec un certain décalage, après le départ des moyens exceptionnels mobilisés pour la montée en charge. A cela se sont ajoutées pour les régions dotées d'un système informatique différent de MONA, c'est-à-dire les Pays de la Loire et surtout la région parisienne, des difficultés spécifiques, qu'illustre un stock retard important.

Les conditions de cette mutation importante pour les caisses ont étroitement dépendu de la qualité de la préparation. Dans la plupart des caisses, un délai de quatre semaines a été nécessaire pour trouver un retour de productivité raisonnable : ce retour a été d'autant plus rapide que la mutualisation régionale des moyens a été forte.

A Marseille, où le déploiement s'est déroulé de décembre 1997 à mars 1999, la productivité antérieure a progressivement été rejointe après un temps d'adaptation nécessaire, grâce notamment aux efforts menés avant le déploiement en matière de préparation des fichiers et de formation, mais aussi de productivité, pour que le stock soit nul au moment du démarrage.

Au niveau national, l'impact global du passage à CRISTAL dans le gonflement du stock-retard moyen des services prestations, a été limité en 1997 et 1998, puis très fort à l'été 1999, avant de revenir à la normale début 2000. Mais ce constat global ne doit pas faire oublier que le passage à CRISTAL ne s'est accompagné d'une maîtrise du stock que dans la mesure où les caisses ont effectué des arbitrages défavorables à l'accueil téléphonique voire physique des allocataires, ainsi qu'aux politiques de contrôle interne et externe. La mise en place de CRISTAL s'est déroulée dans des conditions particulièrement difficiles en région parisienne.

La région parisienne, animée sur le plan informatique par le CREATIF, a développé à partir de 1990 son propre système de gestion des allocations, TEMps REEL. Contrairement à MONA, le principe de traitement des données était conversationnel, donc en avance sur le projet national.

Lorsque la CNAF a décidé de construire un modèle national conversationnel, elle n'a cependant pas choisi de

reprendre l’applicatif parisien, développé dans l’environnement IBM, sans prévoir le portage dans un environnement différent, conçu avec des particularités locales, peu documenté, apportant peu de transfert technologique, et ne passant pas l’an 2000.

Dès lors, le choix de CRISTAL a fait apparaître plusieurs points d’achoppement, rendant la transition en Ile-de-France plus délicate : alors que CRISTAL s'adapte ponctuellement en fonction des pièces reçues, TEMPS REEL requérait l'ouverture de l'ensemble du dossier de l'allocataire, et le technicien y apportait alors la modification nécessaire.

Malgré la décision nationale, et en dépit de ces problèmes, le CREATIF a dans un premier temps poursuivi le développement de son système, ce qui est anormal. Ce n’est que début 1995 qu’une équipe CRISTAL y a été constituée. Il a fallu dans le même temps avoir recours à des CDD pour maintenir TEMPS REEL.

Ce délai a aggravé les problèmes de conversion. Le CREATIF s’était en effet retiré du groupe de travail créé sur ce thème en 1992. L’outil de passage de TEMPS REEL à CRISTAL a donc été développé dans la douleur au CREATIF, et la conversion n'a débuté qu'en mai 1998.

Il existe sur ce point deux différences notables avec les autres caisses : les conversions ont été échelonnées dans le temps par périmètre et aucun historique n’a été repris. Or, cette dernière décision a une incidence sur le travail des techniciens, contraints d’utiliser simultanément deux systèmes. En termes de coûts, l’impact est aussi important puisque la coexistence de deux systèmes nécessite une infrastructure technique plus puissante.

A tous ces handicaps accumulés se sont ajoutées les difficultés particulières de certaines caisses parisiennes à gérer le déploiement, ainsi que des dysfonctionnements techniques non imputables à CRISTAL : défauts de paramétrage du système de base, architecture technique des réseaux locaux et défaillances dans l’ordonnancement des activités de production.

Afin de contenir l’explosion des stocks de l’été 1999 dans la majorité des caisses de la région parisienne, des renforts ont été appelés dans les CAF de province pour la liquidation. Avec cette aide nationale, l’Ile-de-France retrouve progressivement en 2000 un niveau de production satisfaisant.

II - Un projet en évolution permanente

A - Des apports incontestables

CRISTAL est un logiciel qui, à partir de données (dossier de l'allocataire) saisies par le technicien ou enregistrées dans une base, fournit des résultats (prestations servies à l'allocataire). Ces résultats apparaissent soit sous la forme de notifications écrites à l'allocataire, soit simplement sur l'écran du technicien pour que ce dernier mette à jour la base de données.

Une idée particulièrement novatrice introduite par CRISTAL est qu’un dossier constitue une entité indépendante des personnes pouvant s’y rattacher, suite à un changement de la situation de l'allocataire. D’autre part, les modifications de rattachement à un dossier se font sans nouvelle saisie des données. L’ensemble confère une souplesse d’utilisation qui facilite notablement le travail du technicien. La saisie des données se fait par l’intermédiaire d’un langage spécialisé : l’utilisation de codes obscurs qui alourdissaient les précédents systèmes n’est plus nécessaire. La cohérence des données est contrôlée en temps réel et les erreurs sont corrigées avant le lancement de la détermination des droits.

Dans l’état actuel de CRISTAL, les temps de réponse du système et l’ergonomie du produit apparaissent globalement satisfaisants. La convivialité reste néanmoins perfectible, dans la mesure où le déroulement des différents écrans peut encore apparaître lourd.

Mais au-delà des questions de convivialité, c’est l’appréhension par les techniciens eux-mêmes des potentialités ouvertes par le système qui doit progresser, pour profiter pleinement du gain de productivité potentiel dû à CRISTAL.

En attendant ces progrès qui ne relèvent pas seulement de l’informatique, mais touchent à toute l'organisation

du travail dans les caisses, CRISTAL constitue la base de l'ensemble du système d'information de la branche. Celle-ci dispose en effet d'un outil nouveau, producteur de données fiables, autour duquel les autres outils, notamment informationnels, administratifs et comptables, peuvent se développer.

B - Un système qui reste inachevé

Si CRISTAL présente donc un progrès incontestable pour la branche, il convient cependant de compléter le diagnostic en précisant que des risques demeurent aujourd'hui dans son utilisation.

Le premier de ces risques concerne les **fonctions** insuffisamment couvertes par CRISTAL. De manière naturelle, son développement a été centré dans un premier temps sur la production, et de ce point de vue, les fonctions de CRISTAL apparaissent aujourd'hui satisfaisantes. Tel n'a pas été le cas d'autres domaines essentiels, comme les échanges avec les tiers, le contrôle externe et le contrôle interne, pour lesquels les versions adaptées ne sont que partiellement disponibles. Cela a engendré des problèmes graves, notamment pour les échanges relatifs au RMI, mais aussi pour les contrôles automatisés, particulièrement faibles en 1999.

CRISTAL demeure il est vrai un **produit en adaptation permanente**, et là réside le second risque sur la qualité. En principe, trois versions sont diffusées annuellement, mais le calendrier des versions est rarement respecté (quatre versions en 1999 et 2000), tant du fait des demandes internes que des modifications réglementaires[263].

La durée de fabrication d'une version est de huit mois. Le contenu de la version doit être définitivement figé au plus tard sept mois avant la mise en production de la version. Or, la réglementation ne peut généralement être figée dans ces délais. Cette durée s'explique notamment par les faiblesses relevées dans la réalisation des versions, qui nécessitent pour être corrigées de trop longues phases de vérification.

L'élément crucial de cette chaîne de fabrication réside en effet en amont, dans le traitement des demandes de modifications réglementaires. Après avoir pris connaissance de ces modifications, des études fonctionnelles sont faites. Cette étape, qui dure théoriquement 2,5 mois, est déterminante, car il est très coûteux de remédier ensuite aux défauts des spécifications fonctionnelles.

On passe ensuite, dans les CNEDI, à la phase de réalisation proprement dite, à l'intégration de toutes les composantes, puis à la validation sur 2000 à 3000 comptes fictifs, chargée de garantir la qualité des développements, sous la responsabilité de la maîtrise d'œuvre. Enfin, la recette, sur 13 à 15 000 comptes "réels", sous la responsabilité de la maîtrise d'ouvrage, vise à vérifier la conformité des développements aux spécificités fonctionnelles prescrites.

Avant d'entrer au sein des CERTI dans la phase de production, la version est testée quinze jours à l'avance dans un certain nombre de régions, dans une des caisses couvertes par le CERTI. Cette méthode, seule susceptible de prévenir les erreurs non pas purement techniques, mais d'interface entre la machine et une utilisation de masse, n'est pas généralisée ; elle devrait l'être.

Concernant l'application elle-même, des éléments demeurent perfectibles. Ils tiennent d'abord au **noyau fonctionnel** lui-même, pour lequel le risque d'anomalies n'est pas encore suffisamment réduit. Quantitativement, la fréquence des signalements a nettement baissé depuis juin 1999. Mais des erreurs demeurent, portant sur des cas particuliers oubliés dans l'analyse et les tests, ou de manière plus grave, correspondant à la traduction erronée sous forme logique d'une règle simple (non plafonnement dans un calcul dans le cas de l'allocation adulte handicapé lors d'une hospitalisation). Certes, ces erreurs peuvent être corrigées dans la phase de test mais une plus grande rigueur d'analyse et de programmation permettrait de gagner un temps précieux.

Une plus grande attention doit également être portée aux **paramètres** locaux : CRISTAL permet la paramétrisation de certaines données pour garantir l'autonomie de gestion des CAF. La fréquence des erreurs de paramètre nécessite une attention plus forte des CAF, qui gagneraient sur ce point à une coopération technique plus poussée avec les CERTI.

Enfin, **l'infrastructure technique** peut être la cause de graves interruptions du système. Même si l'existence de deux filières entraîne des coûts supplémentaires, l'effort porté par les constructeurs pour améliorer les

performances de leur matériel a porté ses fruits et la puissance des machines est désormais calibrée pour un fonctionnement correct en régime courant, mais les problèmes n'ont pour autant pas disparu, comme l'illustrent de récents dysfonctionnements en janvier 2000 dans la filière BULL, la mise à niveau technique requise par la nouvelle version CRISTAL n'ayant pas été faite à temps. De même, les taux de disponibilité moyens sont certainement perfectibles. On constate régulièrement le prolongement des travaux en temps différé sur le début de matinée, réduisent ainsi la plage ouverte aux CAF pour les traitements en temps réel.

La dernière source de progrès à court terme dépasse le strict cadre de l'informatique : il s'agit de **l'adaptation des caisses** elles-mêmes. A l'issue d'une année d'exploitation, la progression de la production liée à CRISTAL reste limitée et mal évaluée : le nombre de pièces traitées par jour et par agent semble non pas avoir augmenté, mais être resté stable, autour de 45 environ. En effet, autour du traitement informatique du dossier, il subsiste de nombreuses manipulations de documents papier qui ne peuvent s'expliquer que par des réflexes de sécurité superflus de la part des agents, alimentés par le manque d'évolution du règlement intérieur des caisses. Les services informatiques eux-mêmes n'utilisent d'ailleurs pas toutes les possibilités offertes par la transmission électronique de documents.

C - Accroître la capacité d'adaptation des caisses

Le gros investissement consenti pendant dix ans par l'équipe CRISTAL de la CNAF pour appréhender un tel système et acquérir une expertise doit être exploité pour faire évoluer CRISTAL.

L'architecture modulaire de CRISTAL, qui implique une indépendance entre les trois grandes fonctions que sont l'accès aux données, la gestion des règles de droit et l'interface homme-machine doit permettre une évolution du système avec les technologies nouvelles. Ainsi, l'apport de la technologie "Objet" pour la gestion des bases de données ou la programmation pourrait être évaluée. L'ergonomie du système peut être plus facilement améliorée, grâce à des outils modernes comme "Visual Basic" et "Java".

L'usage d'Internet, expérimental pour l'allocation logement étudiant, doit être développé, surtout dans le contexte d'un affermissement juridique de la signature électronique. On peut envisager à court terme que les allocataires aient la possibilité d'envoyer des formulaires électroniques de déclaration de ressources, ou même de demandes d'octroi d'une prestation, comme c'est déjà le cas dans l'administration fiscale. Il conviendrait également d'utiliser l'expérience du transfert électronique des mutations entre CAF pour redéfinir les échanges électroniques de données avec les partenaires extérieurs.

Il conviendrait plus généralement de combler le décalage entre la technologie et l'organisation des caisses. Ces dernières, marquées par la liquidation de masse, ne se sont pas encore mises en position de tirer les conséquences des progrès techniques actuels. CRISTAL, mais aussi des outils annexes comme le suivi des pièces ou la gestion électronique des documents, offrent pourtant des possibilités de personnalisation accrue de la relation avec l'allocataire.

Pour avancer sur ces pistes nouvelles, l'informatique de la branche doit progresser, non pas tant sur les structures elles-mêmes que sur la qualification de son personnel.

D - Adapter les moyens de l'informatique

L'organisation de l'informatique de la branche est relativement classique : on peut distinguer, outre l'informatique nationale (CNEDI), une informatique régionale chargée de la production (les centres régionaux de traitement informatique ou CERTI) et une informatique locale, moins développée, située dans les CAF.

La complexité de la situation juridique des CNEDI, dont le financement est abondé par la CNAF, mais qui sont en fait gérés pas les organismes d'accueil, CAF ou CERTI, peut être mis en cause ; de même, l'intervention des administrateurs des caisses locales dans le conseil d'administration des CERTI n'apparaît pas décisive, tant les décisions importantes paraissent prises, et c'est heureux, au niveau de la direction nationale. Mais ces caractéristiques, insatisfaisantes sur le plan intellectuel et juridique, n'emportent pas de conséquences trop graves pour la branche. Cette organisation est en effet relativement stable et bénéficie d'une habitude de coopération qui, au-delà de l'informatique, caractérise les rapports entre la caisse nationale et les caisses locales. Cette coopération a notamment permis de réduire le nombre des CNEDI, passés de 12 à

6 depuis la fin des années quatre-vingts, alors que le nombre de CERTI (huit) reste stable.

Il conviendrait de poursuivre cette rationalisation pas à pas, notamment en réduisant le nombre d'applications locales et en concentrant le contrôle des moyens techniques complexes, serveurs en particulier, au niveau des CERTI plutôt qu'à celui des CAF dont les compétences informatiques sont trop inégales. En contrepartie, la CNAF doit compléter son offre de service logicielle autour de CRISTAL, et les conventions de service entre CAF et CERTI devraient préciser plus qu'elles ne le font actuellement les engagements des CERTI, et mieux mesurer les conséquences néfastes pour les caisses des éventuels problèmes rencontrés dans ces centres de production. Enfin, les procédures de secours en cas d'interruption de fonctionnement d'un CERTI doivent être améliorées sans délai.

Sur le plan des **moyens**, la branche famille dispose d'un budget important, si l'on ajoute au budget national (fonctionnement et investissement) les financements locaux effectués par les caisses :

(en MF)

	1995	**1996**	**1997**	**1998**	**Evolution**
Budget informatique (hors amortissement)	1 068,1	1 192,8	1 125,9	1 211,9	+ 13,5 %

Source : Cour des comptes, à partir de documents de la CNAF.

Il faut ajouter à ce total le coût des informaticiens des caisses locales, qu'on peut estimer au minimum à 90 MF annuels. Le total des dépenses informatiques de la branche ne serait ainsi pas inférieur à 1,3 MdF en 1998, soit une dépense annuelle de 39 900 F par agent de la branche. A titre de comparaison, les dépenses informatiques de la branche maladie s'élevaient à environ 2,7 MdF en 1997, soit de l'ordre de 41 400 F par agent.

L'amélioration doit donc plus être qualitative que quantitative : elle doit être recherchée davantage dans le **personnel informatique** que dans les structures. De 1990 à 1998, le nombre d'agents informaticiens recensés à la caisse nationale et dans les CERTI a progressé de 17 %, passant de 634 à 741. L'augmentation a été plus forte pour l'informatique nationale (+ 38 % de 1989 à 1998) que pour les CERTI (+ 7 %). S'y ajoutent les informaticiens des CAF, au nombre de 360 si l'on s'en tient au seul critère de la convention collective gérée par l'UCANSS, plus proche de 500, si l'on extrapole l'effectif de 69 informaticiens rencontrés dans les dix caisses visitées lors de l'enquête de la Cour. L'estimation globale du nombre d'informaticiens dans la branche est ainsi au minimum de 1 100, et sans doute plus proche de 1 300.

Le personnel informatique de la branche famille apparaît vieillissant et peu mobile au regard des défis exposés plus haut. L'âge moyen des informaticiens a progressé, passant de 39 à 43 ans au cours de la décennie, alors que l'ancienneté atteint des sommets : 55,1 % des informaticiens sont dans la branche depuis plus de 15 ans.

Le niveau global de formation est faible pour des systèmes d'une telle complexité. C'est le cas dans les CERTI, dont 51 % des informaticiens ont un niveau de formation inférieur au bac ou inconnu. Mais la situation de l'informatique de développement est à peine meilleure : moins du quart des informaticiens ont un niveau de formation supérieur à bac + 2. Ce constat n'est que partiellement nuancé par l'afflux récent de jeunes au niveau de formation plus élevé dans les CNEDI. Car 29 % des personnes recrutées depuis moins de cinq ans y ont un niveau inférieur ou égal au bac ou inconnu, alors que seulement 18 % ont un niveau supérieur à bac + 4.

Au CNEDI de Caen, responsable de la maîtrise d'œuvre sur CRISTAL, sur les 22 agents recrutés en 1998 et 1999, 9 ont le seul niveau du bac. Or, on peut considérer que, pour des fonctions de développement, le recrutement d'un informaticien au niveau bac ne puisse se justifier à notre époque. Ce faible niveau de formation, encore aujourd'hui, peut compromettre l'adaptabilité des équipes informatiques de la CNAF aux enjeux informatiques futurs. Une formation complémentaire de haut niveau, mais surtout un recrutement à un niveau plus élevé permettraient à l'équipe de conception d'éviter les erreurs relevées plus haut.

Quant au niveau des rémunérations, il apparaît sensiblement supérieur à celui des autres agents, mais sa gestion manque de souplesse, restant avant tout liée à l'ancienneté et étant totalement déconnectée des compétences (initiales ou acquises) et de l'activité des informaticiens.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

La mise en place de CRISTAL a permis de structurer l'informatique de la branche famille. Cela s'est fait au prix de plusieurs années de retard, dues aux errances des premières années du projet (1990-1995), mais avec des problèmes sans doute moins aigus que dans la branche maladie (cf. à ce propos le rapport de la Cour sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999). CRISTAL constitue aujourd'hui un outil de qualité, à l'ergonomie acceptable, même si elle est perfectible, et permettant de travailler avec des temps de réponse relativement performants.

La structure, juridiquement complexe, apparaît relativement performante, et l'infrastructure technique est globalement solide.

Mais CRISTAL n'est pas un outil figé. Comme la réglementation, il doit évoluer en permanence, et la branche sera confrontée dans un proche avenir à des défis sensiblement différents de ceux des années quatre-vingt-dix.

Le contexte du prochain schéma directeur de la branche, qui doit débuter en 2001, diffère ainsi fortement des deux schémas précédents. Plutôt que de concentrer ses efforts sur une nouvelle application structurante, ce schéma doit réfléchir à l'environnement de CRISTAL. Les principales orientations déjà envisagées sont positives : faciliter aux caisses l'accès à des outils augmentant la qualité de service et la productivité, renforcer l'informatique décisionnelle, relancer la démarche de sécurité et de contrôle interne, et repenser l'organisation des structures informatiques, en particulier les relations entre les CERTI et les CAF.

Mais la branche doit aller au-delà. Il faut notamment adapter l'organisation du travail des caisses aux potentialités ouvertes par CRISTAL, tout en développant les réseaux et la télétransmission via Internet, la gestion électronique de documents et l'exploitation de systèmes décisionnels performants. Ces points requièrent des compétences techniques très poussées, mais représentent aussi des bouleversements importants pour la gestion des caisses et les relations avec les usagers.

La CNAF doit profiter du savoir-faire accumulé en dix ans de développement de CRISTAL pour anticiper ces mutations. Elle devra cependant aller au-delà, et améliorer, plutôt que la quantité, la spécialisation de ses équipes informatiques de développement pour répondre aux défis exposés plus hauts. Cela amène la Cour à formuler trois recommandations.

RECOMMANDATIONS

1. Faire évoluer les techniques de développement des applications de la branche.

2. Embaucher moins mais mieux, en élevant le niveau du recrutement.

3. Exploiter toutes les possibilités offertes par CRISTAL en matière d'échanges informatisés et d'adaptation de l'organisation du travail.

Réponse

---

[263] S'ajoutent par ailleurs des sous-versions correctives - six à sept par an, ainsi qu'environ 500 corrections "au fil de l'eau".

CHAPITRE XIII

Sommaire

Les avantages familiaux et conjugaux dans les systèmes de retraite

"Avantages" familiaux et conjugaux, le mot pourrait être discuté. Car ils ont été créés soit pour compenser, après des délais qui peuvent être très longs, les charges de famille et leurs conséquences notamment pour les mères, soit pour des raisons démographiques, soit pour assurer aux retraités, aux veuves en particulier, un niveau de vie décent.

Ayant des fondements multiples, ils existent dans tous les régimes, et ils sont importants : plus de 80 MdF d'avantages familiaux et 135 MdF de pensions de réversion.

L'examen détaillé de tous les dispositifs familiaux et conjugaux dans les systèmes de retraite met en lumière, tout autant que leur généralité et leur importance, leur caractère disparate, hérité de l'histoire, et, aujourd'hui générateur d'inégalités entre retraités relevant de régimes différents. Certaines dispositions n'existent que dans les régimes spéciaux (par exemple que les femmes ayant eu au moins trois enfants puissent liquider leur pension après quinze ans de service à tout âge). D'autres sont, dans leur principe, présentes partout, mais appliquées très différemment ici et là : la majoration de durée d'assurance est d'un an par enfant dans les régimes spéciaux, de deux dans le régime général. Les pensions de réversion sont également prévues par tous les régimes, mais à des conditions tellement différentes que le principe général pèse peu devant la diversité de ses mises en œuvre. Enfin, ce sont les financements de ces avantages qui sont, eux aussi, très disparates : parfois à la charge des régimes eux-mêmes, parfois à celle de la branche famille, parfois à celle du fonds de solidarité vieillesse.

A l'issue de cet examen, une remise en ordre apparaît souhaitable. Certaines dispositions ne paraissent pas devoir être modifiées, par exemple le taux des pensions de réversion (mais les modalités de leur attribution, elles, pourraient l'être). D'autres devraient l'être, parce qu'elles ont une très faible justification (liquidation sans condition d'âge), ou parce qu'elles sont source de grandes inégalités. Ces changements pourraient constituer une des dimensions des réformes à venir des systèmes de retraite.

Section I :
La prise en compte du fait familial par les systèmes de retraite

Les systèmes de retraite tiennent compte des caractéristiques familiales des personnes. Les motifs de cette prise en compte sont multiples. Il s’agit :

- De tirer les conséquences de la faible activité professionnelle des mères de famille qui était un fait très majoritaire à l’époque où se sont créés puis affirmés nos systèmes de retraite. Or, dans ces systèmes fondés sur des cotisations professionnelles, les personnes qui n'occupent pas un emploi n’acquièrent pas de droits directs à la retraite.

- De corriger les risques que la surmortalité masculine fait courir aux femmes qui, plus directement en charge de l’éducation des enfants, n’auront au veuvage que des droits personnels faibles.

- De prendre acte que les familles, surtout quand elles ont de nombreux enfants et que la mère est inactive ou faiblement active, ne peuvent se constituer un capital comparable à celui de ménages de plus petite taille (célibataires, couples sans enfant,…) : la faiblesse de leurs revenus primaires et la charge financière de l’éducation de leurs enfants (malgré un système assez développé de prestations familiales) leur interdisent de dégager une épargne suffisante.

- De faciliter le départ à la retraite de mères de famille actives dont la charge de travail aura été forte puisqu’elles auront eu une "double journée de travail".

Au-delà de ces considérations économiques et sociales objectives, il s’est agi, pour certains responsables et à

certaines périodes, de marquer la reconnaissance de la Nation à l'égard des mères des familles nombreuses.

Enfin, il y avait chez certains l'espoir qu'en mettant en œuvre des dispositifs améliorant les conditions de vie des familles pendant leur retraite, les ménages hésiteraient moins à assumer les charges d'une naissance supplémentaire. L'affirmation du "statut social de la mère de famille" faisait, à leurs yeux, partie de la politique nataliste.

La prise en compte, par les systèmes de retraite, du fait familial se traduit par un ensemble de dispositifs, étroitement imbriqués, qu'on peut classer selon leur objet, ou leurs conséquences. Plus précisément, on peut identifier six dispositifs.

Le premier consiste à moduler l'âge de départ à la retraite pour les mères de famille, et cela dans les deux sens :

- Soit en permettant un départ plus précoce avec un niveau honorable de retraite (par exemple en bénéficiant du taux plein dans le régime général). Ce fut le cas avant la généralisation de la "retraite à 60 ans" en 1983 : les femmes avaient le bénéfice du taux plein à 60 ans. Depuis cette réforme, il ne reste plus dans le régime général que des dispositifs marginaux facilitant les départs précoces. En revanche, les systèmes de retraite de la "sphère publique" - régimes spéciaux des fonctions publiques et des entreprises publiques - conservent des mesures significatives favorisant un départ précoce possible pour les mères de familles nombreuses.

- Soit en permettant, dans les régimes où l'âge de la retraite est contraignant, un départ plus tardif que la norme, le tem que les parents (et ici pas seulement les mères), dont la carrière professionnelle est incomplète à l'âge normal, acquièrent des années supplémentaires.

Ces deux modulations de l'âge de la retraite sont étudiées dans la section II.

Le deuxième dispositif consiste à compléter la retraite éventuellement acquise par les femmes suite à leur activité professionnelle, par des droits directement liés à l'éducation de leurs enfants. On y parvient pour l'essentiel par deux mécanismes cumulatifs :

- les majorations de durée d'assurance : on attribue une ou deux années par enfant par exemple, années qui permettent de compléter une carrière professionnelle incomplète ;

- l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) : les parents -et pas seulement les mères, ici- qui n'ont pas d'activité professionnelle parce que leur enfant est jeune ou parce que la famille est nombreuse sont affiliés à la CNAV et y acquièrent des droits comme s'ils travaillaient dans la sphère professionnelle.

Ces deux dispositifs sont étudiés dans la section III.

Le troisième dispositif consiste à bonifier la retraite des hommes. On améliore ainsi le niveau de vie des couples de retraités et, après le décès éventuel, l'assiette de calcul des pensions de réversion. Il y a deux types de bonification de la retraite des hommes : la bonification pour conjoint à charge et la bonification pour avoir élevé au moins trois enfants, disposition qui fut largement motivée par le fort taux d'inactivité des mères de famille nombreuse.

Le quatrième dispositif est une variante du troisième : il consiste à bonifier les retraites des deux parents pour les "indemniser" des charges liées à l'éducation de nombreux enfants. On retrouve bien la même motivation que celle de la bonification précédente.

Ces dispositifs sont étudiés dans la section IV.

Le cinquième dispositif consiste à garantir aux veufs un niveau de vie correct, plus ou moins en ligne avec celui qu'ils avaient avant le décès de leur conjoint. C'est l'objet des pensions de réversion qui, à l'origine, étaient très centrées - en tout cas dans le régime général- sur les veuves sans droit personnel de retraite.

Enfin, le sixième dispositif consiste à "boucler" les précédents par un système de minima sociaux qui joue

comme une garantie de revenu. En effet, malgré tous ces dispositifs -et en tout état de cause tant qu'ils ne sont pas montés en charge- une fraction des retraités, et notamment de femmes, n'ont que des retraites faibles. On corrige cette situation de trois manières :

- par des mécanismes internes au calcul des pensions (pension minimale de réversion par exemple) ;

- par des mécanismes spécifiques à des situations très typées (c'est le cas de l'assurance veuvage qui vient corriger partiellement la rigueur de la règle existant dans le régime général qui n'accorde de pension de réversion qu'à 55 ans) ;

- enfin par le minimum vieillesse qui protège un nombre important de veuves dont les pensions de retraite sont faibles.

Les pensions de réversion et ce "bouclage" sont étudiés dans la section V.

Tous ces dispositifs reposent donc, à un degré ou à un autre, sur des situations conjugales et familiales antérieures ou actuelles bien précises. Mais la définition même des situations qui ouvrent ces droits peut varier selon le dispositif.

S'agissant des enfants, dans la plupart des cas, c'est la présence d'enfants nés ou élevés qui fonde le droit et, le plus souvent, les enfants sont traités de façon identique quelle que soit leur filiation, que leurs parents soient mariés ou en concubinage. En revanche, dans l'ensemble, les pensions de réversion sont réservées aux personnes mariées. L'évolution récente des statuts familiaux -et notamment la diffusion du concubinage et l'apparition du pacte civil de solidarité- posera à terme le problème du maintien ou de la modification de ce principe.

I – Similitudes et Disparités entre régimes

Les motivations rappelées ci dessus renvoyant à un statut des familles assez homogène, il n'est pas surprenant que de profondes similitudes d'approche et de technique existent entre les régimes de base.

Ainsi, tous ou presque mettent en œuvre une bonification des pensions lorsque la famille a eu au moins trois enfants et valident des annuités supplémentaires par enfant.

Par ailleurs, l'AVPF -et bien évidemment le minimum vieillesse- sont des régimes universels (même si la validation des annuités au titre de l'AVPF se fait au régime général).

Cela étant, en dépit de ces similitudes, des disparités très importantes existent entre régimes, qui constituent autant d'inégalités de traitement entre familles. Ces inégalités n'allant pas toujours dans le même sens, l'appréciation de leurs effets cumulés n'est pas aisée. Elles seront étudiées de façon approfondie *infra*, mais on peut présenter les principales. Ainsi, seuls les fonctions publiques et les régimes spéciaux permettent le départ précoce (après 15 ans de service des mères de familles nombreuses). Ou encore, les régimes complémentaires -ARRCO et AGIRC- sont dépourvus de mécanismes de validation d'annuités au titre des enfants[264]. D'une façon générale, les systèmes de bonification par enfant sont très différents (ils sont beaucoup plus favorables dans le régime général que dans les fonctions publiques). Enfin, les systèmes de réversion s'inspirent de philosophies très différentes :

- dans le régime général, les pensions de réversion sont assujetties à de sévères conditions d'accès. La conception d'origine est de les réserver aux veuves et veufs qui n'ont pas vocation à travailler ou dont les revenus sont faibles. Les veufs jeunes sont exclus. Des règles de cumul limitent les pensions de réversion des veuves et veufs actifs ou de ceux des retraités dont les pensions sont élevées.

- dans tous les autres régimes, y compris les régimes complémentaires ARRCO et AGRIC, on ne prend en compte ni les revenus d'activité ni les retraites du survivant : les pensions de réversion en sont indépendantes.

Certes, l'autonomie des régimes et le droit de leurs gestionnaires à mettre en place les mesures qu'ils jugent adaptées au contexte de leur profession justifient la diversité des systèmes. Mais cette diversité est parfois telle

qu’on peut s’interroger sur l’opportunité pour le législateur d’assurer une certaine convergence entre les régimes (il l’a fait par exemple en imposant à tous les régimes le partage des pensions de réversion entre veufs et ex-conjoints divorcés).

Par ailleurs, même lorsque les règles de base sont communes ou voisines entre régimes, de multiples différences existent dans la mise en œuvre concrète. Mais ces différences n’ont pas sur les retraites un effet majeur et n’appellent pas d’intervention du législateur. Au demeurant, une analyse plus poussée des systèmes et une information adéquate sur ses résultats pousseraient, à elles seules, les gestionnaires à adopter progressivement des règles communes, ce qui serait sans doute une direction souhaitable.

II - Les dispositifs évoluent

Les dispositifs présentés précédemment ne sont pas seulement, en partie, variables selon les régimes. Ils sont aussi variables dans le tem. Trois facteurs majeurs l'expliquent.

D'abord, la montée de l’activité professionnelle des femmes. Elle rend moins onéreux beaucoup des dispositifs mis en place pour corriger la faiblesse de leurs droits propres : des annuités validées comme avantages familiaux, par majoration de la durée d'assurance ou au titre de l'AVPF, ne sont plus "utiles" si la mère de famille a déjà une carrière complète ; le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse régresse… On peut penser que l’enrichissement relatif des personnes âgées, y compris les familles nombreuses, puisque le niveau de vie des retraités est aujourd'hui voisin de celui des actifs, rend moins nécessaire de compléter des pensions qui se sont beaucoup valorisées.

Le second facteur d'évolution des dispositifs tient au contexte économique et démographique lui-même. Il explique largement l’extension des dispositifs : la définition de la "famille nombreuse" bénéficiaire de l’AVPF passe de quatre à trois enfants et on élève les plafonds d’exclusion ; les conditions de la pension de réversion dans le régime général sont largement assouplies même si elles restent rigoureuses au regard des autres régimes ; la valeur du minimum vieillesse a considérablement augmenté dans les années soixante-dix,…

Enfin, dernière cause d'évolution, le principe d’égalité entre hommes et femmes a conduit à éliminer la plupart des discriminations positives dont bénéficiaient les femmes compte tenu de leur faible taux d’activité. Ainsi, par exemple, les pensions de réversion sont ouvertes aux veufs dans les régimes qui les excluaient. Il subsiste cependant des dispositifs réservés aux femmes (départ à 15 ans de service dans la "sphère publique" pour les mères de famille d'au moins trois enfants et surtout bonification d'une ou deux annuités par enfant). La compatibilité de ces "avantages sexués" au regard de l’évolution du droit européen a été examinée *supra* au chapitre IX, p. 359.

III – Une forte concentration des avantages familiaux sur les familles nombreuses

La protection sociale a toujours pris en compte les familles nombreuses. C’est le cas des prestations familiales stricto sensu avec la forte progressivité des prestations générales (allocations familiales ; majorations pour âge et complément familial) et la modulation des aides au logement.

C’est le cas aussi des systèmes de retraite. L’inspiration des mesures adoptées dans ce champ est complexe, comme on l'a vu plus haut. Et il est de fait que la famille nombreuse présente à ces différents titres des caractéristiques spécifiques dont on comprend qu’elles aient marqué notre législation. Il convient d’en évaluer le poids avant d’en apprécier la pertinence.

Parmi les avantages conjugaux et familiaux de retraite décrits dans ce chapitre, on peut distinguer ceux qui sont dédiés de façon directe et explicite aux familles nombreuses (entendues ici comme celles ayant eu au moins trois enfants) et ceux qui, sans être exclusivement réservés aux familles nombreuses, les concernent de façon massive.

La modulation de l’âge de départ à la retraite relève de la première catégorie. Depuis la réforme de 1983 qui a généralisé le droit de prendre sa retraite à taux plein à 60 ans, il n’existe plus guère d’avantages spécifiques à

ce titre pour les familles nombreuses. Toutefois, la possibilité pour les mères de famille ayant trois enfants (ou plus) de partir après 15 ans de service en ayant la jouissance immédiate de leur pension - disposition applicable uniquement dans la fonction publique et les régimes spéciaux - représente un avantage substantiel qu'on peut chiffrer, à partir du rapport de l'IGAS de 1997, à 10 MdF.

De même, la bonification de 10 % (voire plus) de la pension des deux parents ayant eu au moins trois enfants est une mesure explicitement dédiée aux familles nombreuses. Elle représente environ 40 MdF. Mais on devrait ajouter à cette charge les conséquences du statut fiscal de cette majoration qui est en effet exonérée de l'impôt sur le revenu. Il en résulte une "dépense fiscale" directe évaluée à 2,3 MdF. Par ailleurs, cette exonération, en conduisant à un moindre revenu imposable, rétroagit sur d'autres impôts (la taxe d'habitation par exemple), sur les aides au logement (la majoration de la pension pour famille nombreuse ne rentre pas dans la base ressources, avantage significatif compte tenu de la forte élasticité de l'aide avec le revenu), ou sur la CSG et la CRDS acquittées par les retraités (ceux qui seraient imposables si la majoration était elle-même imposable acquitteraient la CSG et la CRDS au taux de 6,7 % sur la totalité de leurs retraites). Au total, les coûts indirects de la bonification s'élèvent à plusieurs milliards de francs.

La majoration de durée d'assurance n'est pas exclusivement réservée aux familles nombreuses. Elle concerne toutes les familles (deux annuités validées par enfant dans le régime général par exemple). Mais comme elle est proportionnelle au nombre d'enfants, l'avantage qu'en retirent les familles nombreuses est majoritaire. Pour l'ensemble des familles, son ampleur est estimée en 1996 à 30 MdF.

L'assurance vieillesse des parents au foyer n'est pas non plus exclusivement réservée aux familles nombreuses. Elle est en effet ouverte aussi aux familles ayant un ou deux enfants pendant les trois premières années de ces derniers. Mais dès que la famille atteint trois enfants, la durée de l'AVPF s'accroît considérablement et les plafonds de ressources au-dessous desquels elle est versée sont plus élevés. Si par ailleurs on impute aux familles nombreuses l'AVPF qu'elles ont perçue au titre de leurs deux premiers enfants, c'est environ 80 % des dépenses totales d'AVPF qui leur reviennent. S'agissant d'une dépense qui pourrait atteindre voire dépasser à terme 40 MdF, on voit l'importance que revêt ce régime pour ces familles.

Enfin, et à l'inverse, le minimum vieillesse -qui a constitué un élément capital dans la lutte contre la pauvreté des personnes âgées- a largement profité aux familles nombreuses dont les retraites étaient basses (ne serait-ce que parce que la montée en charge des autres dispositifs n'était pas encore terminée).

Au total, on mesure la concentration très forte (de l'ordre de 80%) des avantages familiaux de retraite sur les familles nombreuses. C'est en partie grâce à ces avantages que les retraites des parents de famille nombreuse ont atteint un niveau assez cohérent avec celui de l'ensemble des retraités.

Cela étant, la question de pose de savoir si ce haut degré de concentration est pertinent dans les conditions sociales et démographiques actuelles. Outre le "mobile nataliste" - on a dit plus haut qu'on manquait d'éléments pour apprécier l'efficacité de ces dispositifs en matière de fécondité -, les critères à retenir touchent au niveau relatif des revenus lors de la retraite et à la constitution du capital des familles de tailles différentes. Il serait à ce titre opportun que les analyses de revenu et de capital prennent en compte la taille des ménages pour apprécier si l'accent ainsi mis sur les familles nombreuses est correct, excessif ou insuffisant.

IV - le financement de ces dispositifs

Une partie des dispositifs est à la charge des régimes. C'est le cas par exemple des pensions de réversion. La cotisation des actifs couvre la protection du groupe familial (comme c'est le cas en assurance maladie) et les avantages familiaux sont à classer dans les avantages contributifs.

Une partie des dispositifs est financée pour tous les régimes par des organismes tiers au titre de la solidarité nationale ou de la politique familiale. C'est le cas par exemple de l'assurance vieillesse des parents au foyer, dont les cotisations sont à la charge de la branche famille, et du minimum vieillesse.

Certains dispositifs, communs ou voisins entre les régimes, sont selon les cas financés par les régimes ou financés par un tiers (c'est par exemple le cas des bonifications pour enfants qui ne sont prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse que pour le régime général et les régimes alignés).

Lorsque la charge des avantages familiaux fait l'objet d'un financement spécifique, il est constitué soit d'un remboursement aux régimes pour le coût réel de l'année (même si les sommes en cause font l'objet d'une estimation forfaitaire à partir d'échantillons), soit d'une cotisation déconnectée des dépenses du moment (c'est le cas de l'AVPF où depuis 1972 la CNAF cotise pour des montants sans commune mesure avec les versements de l'année aux retraités au titre de l'AVPF, cf. *infra*).

L'ensemble de ces mécanismes de financement laisse une impression d'arbitraire : loin d'avoir été conçus rationnellement et d'être organisés de façon homogène, les financements des avantages familiaux semblent avoir été décidés au coup par coup sans vue d'ensemble, au fur et à mesure de la naissance des dispositifs et de leur évolution dans le tem.

* *

*

Au terme de cette présentation générale, on peut souligner trois points :

- les avantages conjugaux et familiaux sont importants en volume : plus d'un quart du coût total des retraites si on y inclut les pensions de réversion ;

- les pensions "propres", c'est-à-dire de droit direct ou encore issues de leur activité professionnelle antérieure, des mères de famille ont été -et continuent à être- substantiellement augmentées par ces mécanismes ;

- enfin, les veuves -qui constituent 85 % des conjoints survivants- ont, notamment grâce à la pension de réversion, un niveau de vie qui n'est pas globalement sans rapport avec celui qu'elles avaient avec leur époux avant leur veuvage.

RECOMMANDATIONS

1. Développer les études concernant les avantages conjugaux et familiaux en matière de retraite.

2. Evaluer l'incidence de ces dispositifs sur la formation du revenu et du patrimoine de la famille, en tenant compte de sa taille.

3. Procéder à une analyse raisonnée des techniques, justifications et incidences des modes actuellement disparates des financements de ces avantages familiaux.

Réponse

---

[264] De façon très indirecte cependant, les dispositions de ces régimes conditionnant la possibilité de liquider les droits d'un participant sans abattement avant soixante-cinq ans pour autant qu'il bénéficie du taux plein au régime de base, la bonification de durée d'assurance dans ce régime se répercute sur les régimes complémentaires.

Dernière mise à jour :

CHAPITRE XIII

Sommaire

Les avantages famillaux et conjugaux dans les systemes de retraite
Section II :
l'âge de départ en retraite

Cette section est consacrée aux deux dispositions qui, dans les fonctions publiques et les régimes spéciaux, prennent en compte l'âge des actifs pour les conditions de leur départ à la

retraite[265]. Auparavant, on cite pour mémoire une disposition devenue marginale du régime général.

I – Dans le régime général, une disposition en extinction

Les mères de famille ouvrières de trois enfants et plus, ayant une durée d'assurance de trente ans au moins et ayant exercé un travail manuel ouvrier pendant au moins cinq ans au cours des quinze dernières années, bénéficient dès 60 ans du taux plein, sans condition autre de durée d'assurance. Cette mesure a désormais une portée limitée : en 1997, elle a concerné 344 liquidations sur 211 874 attributions de droits directs à des femmes.

II – Le départ possible, après 15 ans de service, dans les régimes spéciaux

Dans les trois fonctions publiques (Etat, collectivités territoriales, hôpitaux) et les grandes entreprises publiques ayant un régime de retraite spécial (EDF-GDF, SNCF, RATP, Banque de France,…), les mères de famille ayant au moins trois enfants peuvent prendre leur retraite à tout âge après 15 ans de service. La jouissance de leur pension, dont le montant est bien entendu fonction de la durée de service, est immédiate.

A - La spécificité de la mesure

L'anticipation de la retraite offerte aux mères de trois enfants se différencie des autres mesures concernant l'âge de la retraite, par sa justification et le rôle qu'elle joue.

En effet, la possibilité d'anticiper le départ, d'un an par enfant (EDF-GDF, RATP), ou l'obtention de la pension complète dès 60 ans sont des avantages "marginaux" par rapport aux règles normales, et qui peuvent d'ailleurs être accordés à d'autres titres. On trouve par exemple des possibilités d'anticipation pour les personnes qui ont exercé des travaux pénibles (services actifs), ou pour les personnes invalides. S'agissant des mères de famille, cet avantage semble accordé en contrepartie du cumul d'une activité professionnelle et de l'éducation des enfants.

En revanche, la possibilité d'anticiper, sans condition d'âge, pour les mères d'au moins trois enfants, est une disposition particulière des régimes spéciaux qui n'a pas d'équivalent pour d'autres catégories d'assurés ni dans les autres régimes de retraite. Elle présente plusieurs caractéristiques spécifiques :

- elle établit un seuil entre le deuxième et le troisième enfant, ce qui n'est pas le cas de tous les avantages familiaux de retraite (cf. *supra*) ; pour cette raison, elle représente une incitation forte, au moins théoriquement, à avoir un troisième enfant ;

- certes, c'est bien une pension de retraite que l'on reçoit, mais du fait de l'absence de condition d'âge, elle peut être perçue bien avant ce que l'on considère usuellement comme la période de retraite. En particulier, à la différence des autres avantages familiaux accordés par les régimes de retraite, cette mesure peut bénéficier aux assurées à un moment où elles ont encore la charge, totale ou partielle, de leurs enfants. Contrairement à la majoration de durée d'assurance, elle n'apparaît pas comme une compensation d'une moindre activité, mais au contraire permet de percevoir un revenu pendant une période d'inactivité théoriquement consacrée à l'éducation des enfants (inactivité au regard du régime : cela n'exclut pas que la personne ait un emploi dans le secteur privé).

B -Les effectifs et le coût global

D'après le rapport de l'IGAS de 1997, il y avait, en 1996, 75 343 bénéficiaires de cette mesure dans le régime de la fonction publique, soit environ 6 % de l'ensemble des retraités (hommes et femmes). L'âge moyen des mères de trois enfants retraitées était de 49 ans, et le pourcentage moyen de liquidation (c'est-à-dire la retraite rapportée au dernier traitement brut) était de 58,98 [P1] %.

Les travaux préparatoires au "rapport Charpin" donnent des informations sur les liquidations anticipées par des mères d'au moins trois enfants au cours d'exercices récents. Ces éléments montrent que la mesure a une réelle portée, puisqu'elle a concerné environ 20 % des liquidations de pensions faites par les femmes dans la fonction publique en 1997, (environ 5 000 sur 26 000) et 30 % à la CNRACL en 1996 (environ 5 000 sur 17 000). Par rapport à l'ensemble des femmes, l'anticipation se traduit par une moindre durée cotisée (graphique ci-après). Néanmoins cette dernière est supérieure aux quinze années exigées pour la liquidation de la retraite. De même, l'âge moyen de liquidation (52 ans pour la fonction publique d'Etat, 49 ans pour la CNRACL) n'est inférieur que d'une dizaine d'années à l'âge normal de liquidation. Ces deux observations semblent montrer que les femmes ne profitent pas systématiquement de la mesure dès qu'elles en ont la possibilité, mais souvent plus tard alors que la charge d'enfants remonte sans doute déjà à plusieurs années. On peut penser que la croissance de la pension avec le nombre d'annuités et la progression du traitement incitent à retarder la liquidation.

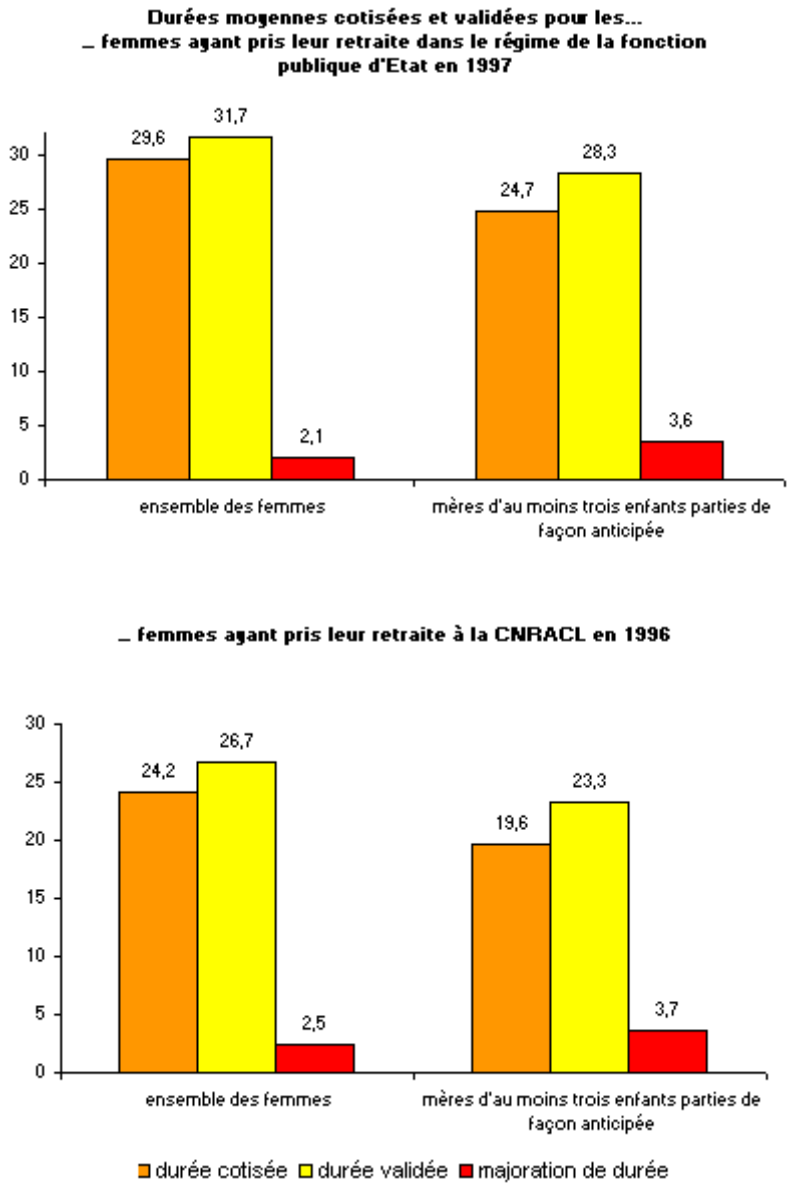
Le rapport précité de l'IGAS évalue le coût de ces retraites anticipées dans les régimes spéciaux à 10,5 MdF en 1996 soit 4,3 % de l'ensemble des retraites (dont 6,5 MdF pour le seul régime des fonctionnaires de l'Etat).

Le coût des retraites anticipées dans l'ensemble des dépenses de retraite est particulièrement élevé à la CNRACL (11,4 % du total des pensions). On peut penser que cette proportion tient à la féminisation de la population affiliée à ce régime, puisqu'il s'agit de celle des collectivités locales et des hôpitaux publics. A l'inverse, dans les régimes dont les assurés sont essentiellement des hommes (la SNCF par exemple), le poids des pensions anticipées est faible, voire négligeable.

La disposition permettant aux mères d'au moins trois enfants de percevoir une pension après quinze ans de services entraîne naturellement un surcoût par rapport à une retraite à 55 ou 60 ans, puisque la période de perception de la pension est plus longue. Cependant, les départs les plus précoces (dès que la condition d'ancienneté est remplie) ne sont pas nécessairement les plus coûteux : une cessation d'activité plus tardive diminue la durée de l'anticipation par rapport à l'âge normal de la retraite, mais s'accompagne d'une augmentation de la pension. Les départs vers 45-50 ans peuvent donc être aussi coûteux pour le régime que les départs avant 40 ans.

C – Questions soulevées par cette disposition

Les estimations de coût global citées plus haut concernent des générations où les mères de famille étaient nombreuses à avoir au moins trois enfants (les plus récentes dans le stock étudié en 1996 étaient nées dans les années 1946). La diminution des familles nombreuses devrait, à comportement de retrait d'activité inchangé, entraîner une baisse des charges liées au départ anticipé.



Lecture : Les femmes fonctionnaires d'Etat qui ont pris leur retraite en 1997 avaient cotisé en moyenne 29,6 ans ; suite à la majoration des années d'assurance due aux enfants, la durée validée pour la pension a été en moyenne de 31,7 ans. Ces durées sont plus courtes pour les mères de famille nombreuse parties en retraite de façon anticipée.

Par ailleurs, deux questions peuvent être soulevées à propos de cette mesure. D'abord, son rôle dans la politique sociale et familiale justifie-t-il son coût ? Le calcul d'une pension sans référence à l'âge de liquidation entraîne un surcoût par rapport à une liquidation à l'âge normal, d'autant plus élevé que la liquidation est précoce. En pratique, l'âge moyen de liquidation est, comme on l'a vu, voisin de 50 ans dans la fonction publique, ce qui est assez éloigné de l'âge normal de 60 ans, et correspond à l'âge d'ouverture des droits pour certaines catégories actives dans les régimes spéciaux. Le surcoût est donc comparable à ceux d'autres avantages de retraite. D'autre part, cet avantage est limité aux femmes, ce qui le rend contraire à la directive 96/97/CEE du 20 décembre 1996, que la France n'a pas encore transposée dans son droit national (cf. sur ce point *supra*, chapitre IX,
p. 359).

III – Pouvoir différer la retraite

Dans les fonctions publiques et la plupart des régimes spéciaux, avoir, avoir eu ou avoir élevé des enfants peut permettre aux parents de différer leur retraite au delà de l'âge limite d'activité.

Ainsi, pour les fonctionnaires, l'âge limite peut faire l'objet d'un recul selon diverses modalités :

- un an par enfant à charge au moment de la limite d'âge avec un maximum de trois ans ;

- un an si le fonctionnaire était parent d'au moins trois enfants vivants lors de ses 50 ans ;

- un an par enfant handicapé avec un maximum de trois ans.

Ces dispositions n'ont pas d'incidence significative.

RECOMMANDATION

Réexaminer la règle permettant au titre des avantages familiaux de partir à la retraite, avec jouissance immédiate de la pension, après 15 ans de service dans les fonctions publiques et les régimes spéciaux.

Réponses

---

[265] Le problème particulier de la condition d'âge pour l'admission à la pension de réversion dans le régime général est abordé *infra* section VI.

[P1]Le rapport Chadelat semble considérer l'ensemble de la fonction publique (civils et militaires), d'après le montant des pensions page 25, conforme au comptes de la sécurité sociale.

Section III :
L'augmentation des durées d'assurance

Le principe de l'augmentation des durées d'assurance consiste à retenir, pour le calcul des droits de pension, un nombre d'années supérieur à celui durant lesquelles on a travaillé. Deux dispositifs y contribuent puissamment : la majoration de la durée d'assurance apportée par les enfants (MDA) et l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

I - La majoration de durée d'assurance apportée par les enfants

A – Les dispositions en vigueur

La plupart des régimes de retraite accordent une majoration de durée d'assurance aux assurées mères de famille.

Cette majoration est, dans le régime général et dans les régimes alignés, de deux ans par enfant élevé pendant neuf ans avant son seizième anniversaire. Mais comme cette disposition n'existe ni à l'ARRCO ni à l'AGIRC, la majoration ne joue que pour une partie de la retraite, la retraite de base et non la retraite complémentaire. Dans les régimes spéciaux, à l'exception de la SNCF où cette majoration n'existe pas, elle est d'un an par enfant ; dans le régime de l'EDF, la majoration pour deux enfants est de trois ans, et augmente d'un an par enfant à partir du troisième. Puisque ces régimes ignorent la séparation entre retraite de base et retraite complémentaire, la majoration de durée d'assurance porte sur la totalité de la retraite.

La majoration de durée d'assurance est cumulable avec d'autres avantages familiaux de retraite, en particulier avec l'assurance vieillesse des parents au foyer (cf. *infra*).

Enfin, la majoration est réservée aux mères de famille, ce qui semble contraire au droit européen, et a d'ailleurs fait l'objet d'une procédure, l'affaire Griesman (cf. *supra*, chapitre IX, p. 359).

La majoration de durée d'assurance est à la charge des régimes. Il n'existe actuellement aucun financement extérieur, contrairement à la bonification de 10 % financée, pour le régime général, les régimes alignés et le

régime des exploitants agricoles, par le fonds de solidarité vieillesse (cf. *infra*).

B - Le rôle de la majoration

Attribuer une majoration de durée d'assurance aux mères de famille répond au souci de compenser une durée d'activité plus courte du fait des interruptions d'activité dues aux maternités, afin que le montant de la retraite ne soit pas trop minoré par ces événements.

Il est impossible de compenser parfaitement ces interruptions : il faudrait savoir ce que la femme aurait fait en l'absence de maternité, et comment cela se serait répercuté sur la suite de sa carrière. Pour la majoration de durée d'assurance, les régimes ont fait le choix d'une compensation "forfaitaire", identique pour toutes les assurées et, dans la plupart des régimes, identique quel que soit le rang de l'enfant.

Dans les régimes où les femmes peuvent bénéficier d'une anticipation du départ à la retraite par rapport à l'âge normal, la majoration permet de profiter de cette anticipation tout en limitant la baisse de la durée d'assurance liée à l'anticipation. Ceci s'applique au cas des mères de trois enfants, qui dans les régimes spéciaux peuvent prendre leur retraite dès qu'elles remplissent la condition de quinze ans de service. L'effet est important. Par exemple, pour l'ensemble des femmes fonctionnaires d'Etat ayant pris leur retraite, la majoration a représenté 2,1 ans, ce qui a majoré de 7,1 % les années cotisées. A la RATP ou à EDF, la majoration permet également aux mères d'un ou deux enfants de profiter de l'anticipation de la retraite en conservant le nombre d'annuités qu'elles auraient eu à l'âge normal d'ouverture des droits.

Dans le régime général, la majoration représente un apport significatif dans le nombre des annuités validées. Son rôle devrait se renforcer avec l'allongement de la durée d'assurance exigée pour le taux plein, jusqu'à 160 trimestres à partir de 2003.

C – Des impacts trés différents selon les régimes

La majoration de durée d'assurance s'ajoute aux périodes validées à d'autres titres. Elle contribue donc à augmenter la pension, mais son effet peut être réduit par le plafonnement de la durée d'assurance. Cette dernière n'est en effet retenue pour le calcul que dans certaines limites : au régime général, le nombre d'annuités ne peut dépasser 37,5 ; dans la fonction publique le nombre d'annuités incluant les majorations est au maximum de 40. Les années de majoration ne peuvent être prises en compte que dans la limite des années manquantes pour atteindre ces plafonds. Dans le cas où les autres périodes validées dépassent déjà les plafonds, les majorations n'ont aucun effet.

Lorsque les limites ne jouent pas, l'effet de la majoration n'est pas tout à fait identique dans tous les régimes. Il est plus élevé dans le régime général puisque la durée de la majoration est de deux ans, au lieu d'un an dans la fonction publique. En outre, dans le régime général, la majoration peut avoir un second effet, plus important que le premier, lié à une règle spécifique au régime. Lors de la liquidation, la pension est calculée au taux plein si l'assuré a 65 ans ou si sa durée d'assurance tous régimes est suffisante (40 ans à partir de 2003). Si aucune de ces conditions n'est remplie, la pension est calculée avec un taux réduit. L'abattement appliqué dans ce cas est très élevé, de telle sorte que les assurés, dans leur très grande majorité, attendent de remplir l'une des conditions du taux plein pour liquider. En augmentant la durée d'assurance, la majoration peut permettre de remplir plus tôt la condition sur la durée d'assurance tous régimes, et donc d'anticiper la liquidation. Cette anticipation est, dans le cas le plus favorable, de la durée de la majoration, soit deux ans par enfant, avec comme contrainte l'âge minimum de liquidation à 60 ans.

Il faut noter que, lorsque la majoration de la durée d'assurance permet aux intéressées de prendre leur retraite avec le taux plein à 60 ans dans le régime général, par voie de conséquence les mères de famille ne subissent pas dans les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC les coefficients d'abattement prévus lorsque les salariées veulent partir à 60 ans sans avoir le total des annuités requises.

On peut illustrer cette différence d'impact avec l'exemple théorique d'une mère de famille qui peut obtenir une pension complète à 60 ans. Dans la fonction publique, la pension complète, pour un traitement brut mensuel de 10 000 F, est de 7 500 F. Au régime général, la pension, pour un "salaire annuel moyen" ("SAM",

c'est-à-dire la base sur laquelle est calculée la retraite) de 10 000 F, est de 5 000 F, et la pension complémentaire versée par l'ARRCO est d'environ 2 500 F, ce qui porte la pension totale au même montant que dans la fonction publique, 7 500 F. On suppose que cette femme ne remplit les conditions pour une pension complète que grâce à une majoration de durée d'assurance pour un enfant. En l'absence de cette majoration, la pension serait plus faible dans les deux régimes, mais l'écart serait très différent. Dans la fonction publique, il manquerait une annuité ; le taux serait de 73 % et la pension vaudrait donc 7 300 F. Dans le privé, il manquerait deux ans pour atteindre la durée d'assurance requise. Dans ce cas, la pension serait réduite de 20 % dans le régime général et de 8 % à l'ARRCO. Elle serait donc au total de 6 300F, avec une pension de base de
4 000F et une pension complémentaire de 2 300F.

On mesure ici l'importance de l'abattement lorsque les conditions pour le taux plein ne sont pas remplies. En l'absence de majoration, il est probable que cette mère de famille ne ferait pas liquider sa pension à 60 ans, et attendrait de pouvoir bénéficier du taux plein à 62 ans (si elle est encore en activité). Dans la fonction publique, la moindre réduction de la pension a sans doute peu d'effet sur l'âge de liquidation, du moins lorsque, comme ici, la majoration ne représente qu'une faible proportion des annuités validées.

D - Le coût de la majoration

Dans son rapport de 1997, l'IGAS propose des évaluations du coût de la majoration de la durée d'assurance pour les différents régimes.

Le total des majorations de la durée d'assurance apportées par les enfants représenterait en 1996 24,6 MdF (4,1 % du total des pensions de cette année). Dans le seul régime général, la dépense était de 19 MdF et concernait 3 millions de retraitées pour un avantage moyen de 528 F par mois (soit 20% de la pension de base de droit direct des femmes).

Le poids des majorations varie de 0,5 % à la RATP, à 5,9 % dans le régime général, avec un taux de 1,8 % dans la fonction publique d'Etat. Ces écarts de poids relatif s'expliquent pour l'essentiel par les différences de "générosité" de la majoration (durée, valeur unitaire comme indiqué ci- dessus…) et de féminisation des populations couvertes.

E - Evolution à moyen terme

Pour l'avenir, les charges résultant de la majoration de la durée d'assurance dépendront de plusieurs facteurs :

- De l'allongement, avec l'augmentation de l'espérance de vie des femmes, de la durée de service de la pension, d'abord aux retraitées actuelles puis à celles, nombreuses, des générations du baby-boom qui arriveront à la retraite dans quelques années.

- De l'évolution démographique : la baisse du nombre des familles nombreuses va entraîner une forte diminution des charges nouvelles.

- Du nombre des annuités effectivement "utilisées" lors de la liquidation de la retraite. La croissance tendancielle des annuités à base professionnelle tend à diminuer le nombre des majorations de durée d'assurance "utiles". En revanche, la réforme intervenue dans le régime général allongeant à 160 trimestres la durée requise pour le taux plein à 60 ans joue en sens inverse.

- De la valeur unitaire "utile" qui dépend de la base sur laquelle est calculée la retraite des mères de famille concernées. L'amélioration des carrières féminines l'augmenterait plutôt ; le passage aux 25 meilleures années et les pratiques actuelles de report au compte jouent en sens inverse.

Au total, les facteurs se compensent dans une certaine mesure, et rien ne permet de prévoir un changement d'ordre de grandeur des charges de cette disposition.

II - L’assurance vieillesse des parents au foyer

A – Origine et objet de l'AVPF

L'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), qui valide les années d’inactivité, permet aux parents de compléter d'éventuelles années validées sur base professionnelle. Elle a été créée en 1972 pour les mères de famille inactives remplissant certaines conditions en ce qui concerne l’âge et le nombre d’enfants qu’elles avaient à charge d’une part, le revenu de leur conjoint ou concubin d’autre part. Elle a été étendue aux pères de famille en 1979. Comme on le verra ci-après, l’AVPF bénéficie dans certaines situations à des parents actifs. Elle concerne 1,4 millions de familles (quel que soit le régime de retraite des personnes concernées), qui se répartissent comme suit : 24 % sont des familles ayant un enfant de moins de trois ans, 14 % sont des familles de deux enfants dont un de moins de trois ans, 62 % sont des familles ayant au moins trois enfants.

Tout se passe comme si, pour ces années d'inactivité, on considérait que la CNAF était "l’employeur fictif" de ces parents. Comme tout employeur, la CNAF cotise alors à la CNAV au taux de droit commun,16,35 % actuellement. L’assiette de sa cotisation est, dans la grande majorité des cas, égale au SMIC et c’est au SMIC que sera valorisée l’annuité AVPF pour le calcul de la base sur laquelle seront calculées les retraites, c'est-à-dire le salaire annuel moyen dans la limite du plafond de la sécurité sociale (le "SAM").

L’AVPF a donc un double effet :

- elle permet d'abord d’accroître le nombre d’annuités validées ; bien entendu, une partie de ces annuités seront "inutiles" dès lors que le retraité dispose déjà du nombre des annuités requis pour avoir sa pension au taux plein ;

- elle peut ensuite influer sur la valeur du SAM.

Les annuités en cause seront en effet prises en compte dans deux situations. D'abord, si le nombre d’annuités est faible et si celles liées à l’AVPF font partie des "meilleures années" (10 avant la réforme de la retraite dans le régime général ; 25 à terme). Ensuite, même si le nombre des annuités professionnelles dépasse 10 -à terme 25- années, les annuités liées à l'AVPF peuvent être intéressantes dans une seconde situation : dans le cas où les années professionnelles sont valorisées au-dessous du SMIC, car alors les années AVPF, qui sont valorisées au SMIC, rentrent dans les "meilleures années".

La probabilité que tout ou partie des annuités AVPF rentre dans le SAM est faible pour les pères et mères qui ont eu un ou deux enfants, car ils ont une carrière professionnelle plus longue et plus riche que la moyenne et leurs annuités AVPF sont peu nombreuses. La probabilité est forte pour les parents de familles nombreuses, surtout avec le passage aux 25 meilleures années, car dans ce cas, les pères et, surtout, les mères de famille ont une carrière professionnelle moins longue et moins valorisée compte tenu de la fréquence du travail à temps partiel, et leurs annuités validables au titre de l'AVPF sont nombreuses.

B – Les conditions d’accès

L'AVPF n'est pas accessible à tous les parents. Ils doivent, pour y prétendre, respecter certaines conditions. Il y a deux types de conditions d'accès : celles qui portent sur l'âge et le nombre des enfants, et celles qui portent sur l'activité et le revenu du parent.

1. Les conditions sur l’âge et le nombre des enfants

Dès 1972, deux cibles étaient visées : les familles qui ont un enfant jeune (moins de trois ans) et les familles nombreuses (au moins 4 enfants en 1972 ; au moins 3 à partir de 1978).

On retrouve là les traits majeurs du système des prestations familiales qui accorde une forte priorité à ces familles. Ce n’est donc que dans ces configurations familiales qu’on juge "légitime" l’inactivité féminine et

qu’on en reconnaît la valeur par l’AVPF, à côté des prestations d’entretien que constituent aujourd’hui l’allocation pour jeune enfant (APJE) et le complément familial (CF).

Les annuités validées sont donc de trois ans maximum pour les enfants de rang 1 et 2 ; elles peuvent être beaucoup plus importantes pour les familles nombreuses. Elles sont cumulables avec la majoration de durée d’assurance décrite ci-dessus conduisant, pour des familles dont l’espacement des naissances est de 2,5 ans, à 5 ans pour la famille d'un enfant (2 ans de majoration, avec l'hypothèse d'une application au régime général, et 3 ans d’AVPF) , 9,5 ans pour la famille de deux enfants (4 ans de majoration et 5,5 ans d’AVPF), 27 ans pour la famille de trois enfants (6 ans de majoration et 21 ans d’AVPF), enfin 31,5 ans pour la famille de quatre enfants (8 ans de majoration et 23,5 ans d’AVPF).

On retrouve bien ici l'effet de seuil à trois enfants, caractéristique du système français des prestations familiales.

2. Les conditions d’activité et de revenu

Sauf dans deux cas précis présentés ci-dessous, le parent bénéficiaire de l ‘AVPF doit être inactif, c'est-à-dire sans emploi, ou occupé mais touchant un revenu professionnel annuel inférieur à 12 fois la base mensuelle des allocations familiales (25 884 F actuellement) ; en outre, le revenu du ménage -donc dans le cas le plus fréquent le revenu du mari ou du concubin- ne doit pas dépasser un plafond variant avec le nombre d’enfants. La variation du plafond avec la taille est assez sensible et correspond à la philosophie du système des prestations familiales.

A l’origine, le plafond retenu était assez bas (plafond du salaire unique majoré) ; mais on avait prévu une règle d’actualisation "dynamique" en l’indexant sur le SMIC. Ce plafond a été augmenté, notamment avec la création de l’APJE et du complément familial, et fixé au plafond de l’allocation de rentrée scolaire (ARS) pour les familles d'un enfant, à celui de l’ARS (ou de l’APJE pour les familles percevant l’allocation parentale d’éducation, APE) pour les familles de deux enfants, et à celui du complément familial pour les familles nombreuses.

Pour des familles dont tous les revenus bénéficient des abattements fiscaux de 10 et 20 %, les plafonds actuels sont de 11 811 F avec un enfant, 14 536 ou 15 208 F avec deux enfants et 18 250 F avec trois enfants. Il s’agit donc de plafonds élevés et on estime qu’ils n’excluent qu’environ 10 % des ménages. Ces plafonds étaient indexés jusqu’en 1996 sur l’évolution des salaires. Depuis cette date, ils sont indexés sur les prix.

Le revenu pris en compte pour l’attribution de l’AVPF en année n est celui de l’année n-2 puis celui de l’année n-1 : le revenu de la mère est donc décompté dans la base ressources en début de période ce qui rend le plafond plus sélectif. Ainsi un ménage dont les deux parents ont un salaire modeste ou moyen ne bénéficieront de la validation au titre de l’AVPF qu’au bout de 18 mois après la naissance de leur enfant alors qu’un couple où un seul parent travaille, même avec un salaire consistant, en bénéficiera tout de suite.

Dans deux cas bien précis, le parent peut prétendre bénéficier de l'AVPF, même s'il n'est pas inactif au sens défini ci-dessus.

Premier cas, le parent est isolé (environ 25 % des effectifs). L’AVPF est ouverte pour autant que le salaire de ce parent (de la mère, en fait) soit inférieur au plafond de l’ARS. Dans ce cas, l’AVPF ne sert pas à augmenter le nombre d’annuités puisque le salaire perçu suffit à valider, dans la plupart des cas, les trimestres d’activité. Mais le salaire porté au compte est accru (le compte enregistrera le salaire d’activité **et** le SMIC) ; il est alors fort possible que les annuités AVPF fassent partie des meilleures années retenues pour la détermination du SAM. Ce n’est que si la mère de famille a un salaire élevé, supérieur au plafond de la sécurité sociale, que l’AVPF perd toute utilité (le salaire porté au compte ne pouvant dépasser le plafond).

Le deuxième cas est celui où le parent travaille à temps partiel et perçoit l’APE à taux partiel pour ses enfants de rangs 2 et plus. L’AVPF est ouverte si son salaire net est inférieur à 63 % du plafond de la sécurité sociale (9 261 F actuellement). L’AVPF ne sert, là encore, que de façon marginale à augmenter le nombre d’annuités mais peut améliorer le niveau du SAM.

L’existence et les caractéristiques de tous ces plafonds de ressources appellent trois commentaires.

D'abord, l’effet de seuil est sensible. Dès que les revenus du mari ou du concubin dépassent le plafond, la famille perd le bénéfice de l’AVPF. Or, on l’a vu ci-dessus dans l’évaluation de l’apport d’une annuité de majoration de durée d'assurance, ce bénéfice n’est pas négligeable. Sans doute doit-on souligner que là où l’AVPF est d’incidence majeure par sa durée -familles nombreuses- le plafond est élevé et le moment venu l’écart de retraite lié à l’exclusion de l’AVPF pour dépassement du plafond ne sera pas très sensible par rapport aux revenus totaux de la famille. Il n’en demeure pas moins que l’effet de seuil est réel et que son incidence va augmenter sensiblement du fait des modalités d’indexation du plafond : l’intensité de l’effet de seuil -mesurée par le rapport entre l’avantage "perdu" et le niveau du plafond va croître et ce sont peu à peu les classes moyennes qui vont être concernées. Il conviendra donc d’analyser à bonne date les conséquences de cette évolution.

Au sein des familles de deux enfants, le plafond varie selon que les familles sont titulaires de l’APE (le parent inactif a les références d’activité antérieure le rendant éligible à l’APE) ou non. La différence ne trouve guère de justification. Elle est au demeurant très faible (672 F par mois de revenu net, soit 4,4 % du plafond APE). On pourrait réunifier ces deux plafonds sans conséquences financières majeures.

Le troisième commentaire porte sur la gestion en exercice décalé qui exclut de nombreuses familles de l’AVPF tant que le revenu de la mère est pris en compte dans la base ressources. Il conviendrait d’évaluer l’intérêt de l’AVPF pour ces mères de famille avant de statuer sur une réforme de la gestion de la condition de ressources. Il serait en effet inopportun d’augmenter les charges de cotisations de la CNAF si l’écart de retraites le moment venu est négligeable.

C - Recettes, charges et soldes du compte de l'AVPF àla cnav

1. Les recettes

Le financement de l'AVPF est assuré par des cotisations payées par la CNAF à la CNAV. Elles ont fortement progressé depuis la création de l’AVPF (multiplication par plus de cinq en francs constants) en raison

- de l’augmentation des effectifs qui résulte elle-même de plusieurs facteurs :

. du passage de 4 à 3 enfants comme condition d’accès à l’AVPF au-delà du troisième anniversaire du dernier enfant (au 30 juin 1999, les familles de rang 3 percevant le complément familial et dont un membre est inactif représentaient 70 % des familles de trois enfants et plus) ;

. de l’augmentation des plafonds d’exclusion ;

. de l’admission à l’AVPF -il est vrai sur un taux réduit- d’une partie des 110 000 parents "actifs" percevant l’APE à taux partiel ;

. du passage de 18/20 à 21 ans de l’âge limite de bénéfice du complément familial (ce qui a entraîné une augmentation de l’AVPF d’environ *1* MdF) ;

- de l’augmentation du taux de cotisation à la CNAV (8,75 % en 1972, 16,35 % actuellement) ;

- enfin de l’augmentation du SMIC qui sert d’assiette à la cotisation
(+ 124 % en francs constants).

Le versement de la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF s'élève à
21,6 MdF en 1999. A l’avenir, son montant dépendra, à législation constante,

- d’éléments démographiques (le compte est très sensible au poids relatif des familles nombreuses - en baisse notable- et au nombre de parents isolés ayant de jeunes enfants) ;

- d’éléments économiques (si le taux d’activité des parents ayant de jeunes enfants ou une famille nombreuse

progresse encore, le nombre de parents concernés par l'AVPF diminuera) ;

- de l'évolution respective des salaires des familles concernées et de l'indice des prix retenu pour les plafonds ; un écart salaire/prix de 1,5 % par an sur vingt ans équivaut à une baisse du plafond de 35 %, ce qui entraîne, toutes choses égales par ailleurs, une forte réduction des effectifs de parents bénéficiant de l'AVPF.

- de l'évolution propre du SMIC qui sert d'assiette à la cotisation.

- enfin, de l'évolution du taux de cotisation vieillesse dans le régime général.

Dans les hypothèses les plus probables et les différents facteurs évoluant en sens contraires, on peut penser qu'à législation constante le niveau des recettes de cotisations baissera mais pas de façon radicale.

2. Les charges

Les charges sont constituées des suppléments de retraite versés par la CNAV au titre de l'AVPF.

Dans la phase initiale de montée en charge, très peu de retraitées (et retraités) actuelles voient leur retraite améliorée du fait de l'AVPF parce que l'essentiel des années où ils avaient un jeune enfant, ou au moins trois, ont pris place avant l'institution puis l'élargissement de ce régime. Il faudra attendre les années 2015/2020 pour que les retraitées (et retraités) du moment aient profité à plein du régime. Et ce n'est que dans les années 2040 que la totalité des retraitées (et retraités) auront vécu leur "carrière maternelle" sous le régime.

Les dépenses actuelles sont donc faibles : elles ont été évaluées à
3 MdF en 1996.

Avec les années, les dépenses vont croître très fortement, une proportion croissante de retraitées bénéficiant d'une plus-value de retraite de ce fait et pour une durée de service croissante avec l'augmentation de l'espérance de vie. Le rapport de l'IGAS de 1997 avançait une estimation d'environ 30 MdF (francs de 1996) à l'horizon 2016 et 50/57 MdF en 2040. Il convient de retenir ces références avec beaucoup de précautions, le rapport soulignant les très fortes incertitudes des estimations réalisées d'une part et n'ayant pas pris en compte la totalité des éléments qui influent sur la dépense d'autre part (par exemple l'effet de champ négatif lié à l'indexation du plafond d'exclusion sur les prix ou la croissance relative du nombre de parents isolés pour qui la valeur de l'AVPF est sensiblement différente de celle des couples). Au demeurant la croissance des droits directs que procurera l'AVPF sera partiellement compensée par un tassement des dépenses de réversion (compte tenu des règles de cumul entre droits propres et droits dérivés dans le régime général) ou du minimum vieillesse. L'estimation de l'ampleur des charges de l'AVPF, à terme, est donc difficile.

Mais, au-delà de ces incertitudes majeures (qui interdisent à ce stade d'avaliser les estimations de 30 puis 57 MdF), la tendance lourde de la croissance des charges est incontestable.

3. Les soldes

Pendant de longues années, les recettes (cotisations versées par la CNAF) auront été massivement, puis sensiblement, supérieures aux charges (suppléments de retraite versés par la CNAV aux retraité(e)s). Au-delà de ces années, le solde s'inverse, devenant négatif et, à terme, très sensiblement négatif.

RECOMMANDATIONS

1. Suivre de façon systématique l'apport des majorations de durée d'assurance aux retraites des femmes.

2. Approfondir l'analyse du système de l'AVPF dans ses conséquences directes ; apprécier ses effets compte tenu des autres dispositifs qui prennent en compte le fait familial dans les retraites.

3. Réexaminer la pertinence de la gestion de la base ressources en exercice décalé qui diminue considérablement le bénéfice de l'AVPF dans certaines situations.

4. Apprécier la pertinence de la structure (effet de seuil, progression avec la taille de la famille…) et de

l'indexation du plafond d'exclusion.

Réponse

Section IV :
Les bonifications de pension

I – La bonification de la pension des parents qui ont élevé des enfants

A - Tous les régimes accordent une bonification mais ses modalités sont très diverses

Instaurée peu après la seconde guerre mondiale, la bonification pour enfants dans le régime général est égale à 10 % du montant de la pension. Pour en bénéficier, il faut avoir eu au moins trois enfants ou les avoir élevés pendant neuf ans avant leur seizième anniversaire. La bonification peut être accordée aux deux parents.

A l'ARRCO, jusqu'au 1er janvier1999, le montant de la bonification variait selon les institutions membres et certains régimes n'en accordaient pas (c'est le cas de l'UNIRS qui compte un tiers des ressortissants de l'ARRCO). A partir de 1999, le montant de la retraite sera majoré de 5 % lorsque les parents ont élevé au moins trois enfants (majoration non cumulable avec celle accordée aux parents qui ont encore des enfants à charge à la date de la liquidation de la retraite) pour les périodes de carrière postérieures à cette date, les périodes antérieures restant régies par les règles des régimes. On ira donc à terme vers une bonification unique de 5 %.

A l'AGIRC, la bonification est de 10 % pour trois enfants, 15 % pour quatre, 20 % pour cinq, 25 % pour six, 30 % pour sept. Elle n'est plus servie qu'à 80 % de ces montant pour les personnes qui ont pris leur retraite à partir du 1er janvier 1994.

Le taux consolidé de bonification pour les salariés des entreprises privées est donc légèrement progressif avec le revenu compte tenu des taux différents de l'ARRCO, du régime général et de l'AGIRC, et progressif pour les cadres avec la taille de la famille.

Pour les fonctionnaires et les salariés des régimes spéciaux, la situation est différente.

Dans les fonctions publiques, la bonification est de 10 % de la pension pour trois enfants plus 5 % supplémentaire par enfant (dans la limite des émoluments de base). Et pour la plupart des régimes spéciaux, les règles de la bonification sont celles du régime général ; le régime des mines applique celles du régime général ; le régime des marins accorde une majoration de
5 % pour deux enfants, 10 % pour trois et 15 % à partir du quatrième.

Contrairement à la plupart des domaines de la retraite, où c'est entre les salariés du privé et de ceux des fonctions publiques et des régimes spéciaux que les différences résident, ici la ligne de partage distingue donc les salariés du privé et des grandes entreprises publiques d'une part, et ceux de l'Etat, des collectivités locales et des hôpitaux publics d'autre part.

Les bonifications concernent actuellement 45 % des pensionnés, pour un montant moyen de 800 F pour les hommes et 400 F pour les femmes. Elles ne sont pas imposables.

Le coût global est de près de 40 MdF, avec un poids différent selon les régimes, les écarts résultant des différences de montant de la bonification et de la proportion de familles nombreuses dans les régimes. Le financement est différent selon les régimes : il est à la charge du FSV pour le régime général et les régimes alignés (18 MdF) ; il est à la charge des régimes eux-mêmes dans les autres cas.

La baisse du nombre des familles nombreuses va entraîner une baisse de ces charges. Par contre, l'élévation tendancielle de la retraite des femmes va "tirer" la bonification pour celles d'entre elles qui ont eu au moins trois enfants (on mesure l'effet indirect sur la bonification des systèmes de majoration de durée d'assurance dont on a dit plus haut combien il contribuerait à la retraite des mères de famille de trois enfants et plus).

B - L’existence de cette bonification soulève deux questions

Ces deux questions sont

- le fait que la bonification est proportionnelle à la pension ;

- le fait qu'elle n'est pas imposable.

On peut d'abord s’interroger sur la réforme qui consisterait à fixer la bonification, non pas en pourcentage de la pension, mais de façon forfaitaire. Un tel système serait en rupture avec la conception des régimes français de retraite et avec celle des autres avantages familiaux de retraite qui sont, en droit comme la majoration de durée d'assurance, ou en fait comme l’AVPF, en relation directe avec le revenu que les retraités ont reçu au cours de leur vie professionnelle. A vrai dire, la proportionnalité de la bonification à la pension, et donc indirectement aux revenus antérieurs du retraité, ne peut être analysée comme une mesure antiredistributive que si l'on oublie le fondement de cette bonification : elle n'a pas été établie pour réduire ou augmenter les inégalités entre retraités, mais pour compenser les charges de famille entre personnes qui ont eu des enfants et personnes qui n'en ont pas eu, de même niveau de vie

Cette interrogation est amplifiée par le statut fiscal de la bonification, son caractère non imposable renforçant selon certains commentateurs le côté "antiredistributif" lié à sa proportionnalité à la pension. La non imposition de la bonification est en effet contestable, car il s'agit bien d'un revenu. La dépense fiscale correspondante est de 2,3 MdF, majorant la bonification de 6 % en moyenne par rapport à ce qu'elle serait si elle était imposable, cette majoration augmentant avec le taux marginal de l'impôt sur le revenu, donc avec les revenus.

Cela étant, le fait que la bonification n'est pas imposable "profite" de manière complexe aux différents ménages selon leurs revenus. L'avantage n'est pas d'autant plus grand que les retraités sont aisés, mais suit une "courbe en U" : l'avantage est le plus élevé aux deux extrémités de l'échelle des retraites.

En effet, si la bonification était imposable, de nombreux ménages deviendraient imposables, devraient acquitter la CSG et la CRDS et supporteraient une charge de 6,7 % sur la totalité de leurs retraites, ramenant le rendement de la bonification à 3,3 % contre le taux nominal de 10 %. Les ménages concernés sont nombreux : ce sont ceux dont le revenu imposable se situe, pour ceux dont la bonification est de 10 %, entre 70 313 et 77 344 F pour un couple et entre 57 198 et 62 918 F pour une personne isolée.

Certains ménages dont le revenu imposable est moins élevé du fait de la non imposition de la bonification supporteraient une taxe d’habitation plus élevée

Enfin, les ménages locataires ou encore accédants à la propriété bénéficient d’une aide au logement majorée puisque la bonification n’est pas intégrée dans la base ressources. Environ la moitié de ces allocataires seraient concernés par la réintégration de la bonification dans l’assiette de calcul des aides ; compte tenu de l’élasticité de l’ALS au revenu, la baisse d'allocation logement serait sensible (ainsi un couple de retraités ayant 8 800 F de pension, dont 10 % sous forme de bonification et payant un loyer au plafond de la zone II verrait son allocation logement passer de 337 F à 0 F, soit une diminution de son revenu de 3,8 %).

Au total, la non imposition de la bonification procure des avantages élevés pour les ménages les plus modestes et les plus aisés selon une courbe en U, comme on le voit dans le tableau suivant qui compare, pour un couple de retraités ayant élevé trois enfants, la valeur nominale de la bonification (10 %) et la valeur réelle qu'elle a, c'est-à-dire sa valeur additionnée des avantages que procure le fait qu'elle n'est pas imposable.

Retraite	7700	8800	9900	11000	16500	33000	50000
Bon. nominale	700	800	900	1000	1500	3000	5000
"Valeur réelle"[1]	1238	1137	1642	1076	1759	3713	6548
Rapport (%)	177 %	142 %	182 %	108 %	117 %	124 %	131 %

1 C'est-à-dire tenant compte de la non imposition et des conséquences de celle-ci.

II - La bonification pour conjoint à charge

La bonification pour conjoint à charge servie aux titulaires de pension dans un nombre limité de régimes (régime général et régimes alignés, mines et professions libérales) est accordée sous condition que le conjoint à charge :

- soit âgé de plus de 65 ans, ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail ;

- ne bénéficie pas d'une pension, allocation ou rente acquise au titre de l'assurance vieillesse ou de l'assurance invalidité, en vertu d'un droit propre ou d'un précédent conjoint, sauf si cet avantage est d'un montant inférieur à celui de la majoration ;

- ne dispose pas de ressources personnelles (y compris le montant intégral de la majoration) supérieures au plafond de l'AVTS.

La bonification n’est pas subordonnée à l’existence d’enfants. Son montant, fixé à 4 000 F par an au maximum, est gelé à ce niveau depuis 1977.

L'intégralité de la bonification est acquise si le titulaire de la pension peut faire valoir une durée d'assurance dans le régime d'au moins 150 trimestres, ou s'il bénéficie d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité. Lorsque la durée d'assurance est inférieure à 150 trimestres, la bonification est réduite au prorata du nombre de trimestres acquis.

Les bénéficiaires de la bonification dans le régime général sont de
177 408 au 31 décembre 1999 (- 7 % par rapport au 31 décembre 1996). La bonification est perçue pour près de 98 % par des hommes au titre de leur conjoint. Le nombre des bonifications attribuées en 1999 est de 843. Sur la base d'un tel flux, le nombre des retraités qui percevraient, à l'échéance d'une vingtaine d'années, cette bonification ne serait plus que de 17 000, soit environ 10 % de l'effectif actuel.

Deux régimes connaissent une situation particulière : celui des industriels et commerçants (ORGANIC) et celui des mineurs. ORGANIC sert en effet, parallèlement à la bonification "commune" attribuée dans les conditions du régime général, une bonification spéciale, contributive, prévue par le régime obligatoire dit "des conjoints". En outre, il s'agit du seul régime pour lequel la dépense correspondant à la bonification commune s'accroît, alors que les effectifs de bénéficiaires continuent à diminuer. L'explication tient au fait que l'alignement du régime sur le régime général datant de 1973, le niveau de la proratisation ne peut que continuer à s'élever d'ici à 2010, et le coût qui en résulte reste supérieur, plus pour longtemps sans doute, à celui induit par la diminution constante du nombre de bénéficiaires.

Le régime des mines sert la bonification sur une base nettement plus généreuse (au niveau de l'AVTS, soit 17 545 F en 1999, pour son montant intégral, à condition d'avoir accompli 60 trimestres dans le régime, au prorata des trimestres pour une durée inférieure). Ainsi, pour 44 025 bénéficiaires en 1999, la dépense est de 653,7 MF, le montant moyen versé étant de
14 850 F contre 2 220 F dans le régime général.

La bonification versée par le régime général et les régimes alignés est remboursée par le fonds de solidarité vieillesse. Ce dernier a consacré à ce titre 576 MF en 1996, 557 MF en 1997 et 547 MF en 1998. La dépense pour le seul régime des mines - non remboursée par le FSV- est supérieure à celle affectant le régime général et les régimes alignés pour un effectif pourtant quelque six fois et demi moins élevé (287 000 au 31 décembre 1998 dans le régime général et les régimes alignés).

Compte tenu de l'accroissement du nombre de femmes arrivant à l'âge de la retraite qui bénéficient de droits propres, excluant par là-même leur conjoint de l'octroi de la bonification, la diminution de ce poste de dépense dans les régimes concernés devrait s'accélérer.

RECOMMANDATION
Réintégrer la bonification proportionnelle de la pension dans l'assiette de l'impôt sur le revenu.

Section IV :
Les bonifications de pension

I – La bonification de la pension des parents qui ont élevé des enfants

A - Tous les régimes accordent une bonification mais ses modalités sont très diverses

Instaurée peu après la seconde guerre mondiale, la bonification pour enfants dans le régime général est égale à 10 % du montant de la pension. Pour en bénéficier, il faut avoir eu au moins trois enfants ou les avoir élevés pendant neuf ans avant leur seizième anniversaire. La bonification peut être accordée aux deux parents.

A l'ARRCO, jusqu'au 1er janvier1999, le montant de la bonification variait selon les institutions membres et certains régimes n'en accordaient pas (c'est le cas de l'UNIRS qui compte un tiers des ressortissants de l'ARRCO). A partir de 1999, le montant de la retraite sera majoré de 5 % lorsque les parents ont élevé au moins trois enfants (majoration non cumulable avec celle accordée aux parents qui ont encore des enfants à charge à la date de la liquidation de la retraite) pour les périodes de carrière postérieures à cette date, les périodes antérieures restant régies par les règles des régimes. On ira donc à terme vers une bonification unique de 5 %.

A l'AGIRC, la bonification est de 10 % pour trois enfants, 15 % pour quatre, 20 % pour cinq, 25 % pour six, 30 % pour sept. Elle n'est plus servie qu'à 80 % de ces montant pour les personnes qui ont pris leur retraite à partir du 1er janvier 1994.

Le taux consolidé de bonification pour les salariés des entreprises privées est donc légèrement progressif avec le revenu compte tenu des taux différents de l'ARRCO, du régime général et de l'AGIRC, et progressif pour les cadres avec la taille de la famille.

Pour les fonctionnaires et les salariés des régimes spéciaux, la situation est différente.

Dans les fonctions publiques, la bonification est de 10 % de la pension pour trois enfants plus 5 % supplémentaire par enfant (dans la limite des émoluments de base). Et pour la plupart des régimes spéciaux, les règles de la bonification sont celles du régime général ; le régime des mines applique celles du régime général ; le régime des marins accorde une majoration de
5 % pour deux enfants, 10 % pour trois et 15 % à partir du quatrième.

Contrairement à la plupart des domaines de la retraite, où c'est entre les salariés du privé et de ceux des fonctions publiques et des régimes spéciaux que les différences résident, ici la ligne de partage distingue donc les salariés du privé et des grandes entreprises publiques d'une part, et ceux de l'Etat, des collectivités locales et des hôpitaux publics d'autre part.

Les bonifications concernent actuellement 45 % des pensionnés, pour un montant moyen de 800 F pour les hommes et 400 F pour les femmes. Elles ne sont pas imposables.

Le coût global est de près de 40 MdF, avec un poids différent selon les régimes, les écarts résultant des différences de montant de la bonification et de la proportion de familles nombreuses dans les régimes. Le financement est différent selon les régimes : il est à la charge du FSV pour le régime général et les régimes alignés (18 MdF) ; il est à la charge des régimes eux-mêmes dans les autres cas.

La baisse du nombre des familles nombreuses va entraîner une baisse de ces charges. Par contre, l'élévation tendancielle de la retraite des femmes va "tirer" la bonification pour celles d'entre elles qui ont eu au moins trois enfants (on mesure l'effet indirect sur la bonification des systèmes de majoration de durée d'assurance dont on a dit plus haut combien il contribuerait à la retraite des mères de famille de trois enfants et plus).

B - L’existence de cette bonification soulève deux questions

Ces deux questions sont

- le fait que la bonification est proportionnelle à la pension ;

- le fait qu'elle n'est pas imposable.

On peut d'abord s’interroger sur la réforme qui consisterait à fixer la bonification, non pas en pourcentage de la pension, mais de façon forfaitaire. Un tel système serait en rupture avec la conception des régimes français de retraite et avec celle des autres avantages familiaux de retraite qui sont, en droit comme la majoration de durée d'assurance, ou en fait comme l’AVPF, en relation directe avec le revenu que les retraités ont reçu au cours de leur vie professionnelle. A vrai dire, la proportionnalité de la bonification à la pension, et donc indirectement aux revenus antérieurs du retraité, ne peut être analysée comme une mesure antiredistributive que si l'on oublie le fondement de cette bonification : elle n'a pas été établie pour réduire ou augmenter les inégalités entre retraités, mais pour compenser les charges de famille entre personnes qui ont eu des enfants et personnes qui n'en ont pas eu, de même niveau de vie

Cette interrogation est amplifiée par le statut fiscal de la bonification, son caractère non imposable renforçant selon certains commentateurs le côté "antiredistributif" lié à sa proportionnalité à la pension. La non imposition de la bonification est en effet contestable, car il s'agit bien d'un revenu. La dépense fiscale correspondante est de 2,3 MdF, majorant la bonification de 6 % en moyenne par rapport à ce qu'elle serait si elle était imposable, cette majoration augmentant avec le taux marginal de l'impôt sur le revenu, donc avec les revenus.

Cela étant, le fait que la bonification n'est pas imposable "profite" de manière complexe aux différents ménages selon leurs revenus. L'avantage n'est pas d'autant plus grand que les retraités sont aisés, mais suit une "courbe en U" : l'avantage est le plus élevé aux deux extrémités de l'échelle des retraites.

En effet, si la bonification était imposable, de nombreux ménages deviendraient imposables, devraient acquitter la CSG et la CRDS et supporteraient une charge de 6,7 % sur la totalité de leurs retraites, ramenant le rendement de la bonification à 3,3 % contre le taux nominal de 10 %. Les ménages concernés sont nombreux : ce sont ceux dont le revenu imposable se situe, pour ceux dont la bonification est de 10 %, entre 70 313 et 77 344 F pour un couple et entre 57 198 et 62 918 F pour une personne isolée.

Certains ménages dont le revenu imposable est moins élevé du fait de la non imposition de la bonification supporteraient une taxe d’habitation plus élevée

Enfin, les ménages locataires ou encore accédants à la propriété bénéficient d’une aide au logement majorée puisque la bonification n’est pas intégrée dans la base ressources. Environ la moitié de ces allocataires seraient concernés par la réintégration de la bonification dans l’assiette de calcul des aides ; compte tenu de l’élasticité de l’ALS au revenu, la baisse d'allocation logement serait sensible (ainsi un couple de retraités ayant 8 800 F de pension, dont 10 % sous forme de bonification et payant un loyer au plafond de la zone II verrait son allocation logement passer de 337 F à 0 F, soit une diminution de son revenu de 3,8 %).

Au total, la non imposition de la bonification procure des avantages élevés pour les ménages les plus modestes et les plus aisés selon une courbe en U, comme on le voit dans le tableau suivant qui compare, pour un couple de retraités ayant élevé trois enfants, la valeur nominale de la bonification (10 %) et la valeur réelle qu'elle a, c'est-à-dire sa valeur additionnée des avantages que procure le fait qu'elle n'est pas imposable.

Retraite	7700	8800	9900	11000	16500	33000	50000
Bon. nominale	700	800	900	1000	1500	3000	5000
"Valeur réelle"[1]	1238	1137	1642	1076	1759	3713	6548
Rapport (%)	177 %	142 %	182 %	108 %	117 %	124 %	131 %

1 C'est-à-dire tenant compte de la non imposition et des conséquences de celle-ci.

II - La bonification pour conjoint à charge

La bonification pour conjoint à charge servie aux titulaires de pension dans un nombre limité de régimes (régime général et régimes alignés, mines et professions libérales) est accordée sous condition que le conjoint à charge :

- soit âgé de plus de 65 ans, ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail ;

- ne bénéficie pas d'une pension, allocation ou rente acquise au titre de l'assurance vieillesse ou de l'assurance invalidité, en vertu d'un droit propre ou d'un précédent conjoint, sauf si cet avantage est d'un montant inférieur à celui de la majoration ;

- ne dispose pas de ressources personnelles (y compris le montant intégral de la majoration) supérieures au plafond de l'AVTS.

La bonification n’est pas subordonnée à l’existence d’enfants. Son montant, fixé à 4 000 F par an au maximum, est gelé à ce niveau depuis 1977.

L'intégralité de la bonification est acquise si le titulaire de la pension peut faire valoir une durée d'assurance dans le régime d'au moins 150 trimestres, ou s'il bénéficie d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité. Lorsque la durée d'assurance est inférieure à 150 trimestres, la bonification est réduite au prorata du nombre de trimestres acquis.

Les bénéficiaires de la bonification dans le régime général sont de
177 408 au 31 décembre 1999 (- 7 % par rapport au 31 décembre 1996). La bonification est perçue pour près de 98 % par des hommes au titre de leur conjoint. Le nombre des bonifications attribuées en 1999 est de 843. Sur la base d'un tel flux, le nombre des retraités qui percevraient, à l'échéance d'une vingtaine d'années, cette bonification ne serait plus que de 17 000, soit environ 10 % de l'effectif actuel.

Deux régimes connaissent une situation particulière : celui des industriels et commerçants (ORGANIC) et celui des mineurs. ORGANIC sert en effet, parallèlement à la bonification "commune" attribuée dans les conditions du régime général, une bonification spéciale, contributive, prévue par le régime obligatoire dit "des conjoints". En outre, il s'agit du seul régime pour lequel la dépense correspondant à la bonification commune s'accroît, alors que les effectifs de bénéficiaires continuent à diminuer. L'explication tient au fait que l'alignement du régime sur le régime général datant de 1973, le niveau de la proratisation ne peut que continuer à s'élever d'ici à 2010, et le coût qui en résulte reste supérieur, plus pour longtemps sans doute, à celui induit par la diminution constante du nombre de bénéficiaires.

Le régime des mines sert la bonification sur une base nettement plus généreuse (au niveau de l'AVTS, soit 17 545 F en 1999, pour son montant intégral, à condition d'avoir accompli 60 trimestres dans le régime, au prorata des trimestres pour une durée inférieure). Ainsi, pour 44 025 bénéficiaires en 1999, la dépense est de 653,7 MF, le montant moyen versé étant de
14 850 F contre 2 220 F dans le régime général.

La bonification versée par le régime général et les régimes alignés est remboursée par le fonds de solidarité vieillesse. Ce dernier a consacré à ce titre 576 MF en 1996, 557 MF en 1997 et 547 MF en 1998. La dépense pour le seul régime des mines - non remboursée par le FSV- est supérieure à celle affectant le régime général et les régimes alignés pour un effectif pourtant quelque six fois et demi moins élevé (287 000 au 31 décembre 1998 dans le régime général et les régimes alignés).

Compte tenu de l'accroissement du nombre de femmes arrivant à l'âge de la retraite qui bénéficient de droits propres, excluant par là-même leur conjoint de l'octroi de la bonification, la diminution de ce poste de dépense dans les régimes concernés devrait s'accélérer.

RECOMMANDATION
Réintégrer la bonification proportionnelle de la pension dans l'assiette de l'impôt sur le revenu.

Section V :
Les pensions de reversion

Les pensions de réversion occupent une place particulière parmi les dispositifs étudiés dans ce chapitre. Elles ne dépendent pas du nombre d'enfants que le couple a eus et ne constituent donc pas un avantage "familial" *stricto sensu*. Il s'agit plutôt d'un avantage "conjugal" destiné à garantir au dernier survivant du couple (le veuf, qui en réalité est souvent une veuve) un niveau de vie correct en lui versant une fraction de la pension de son conjoint.

Les effectifs et dépenses en cause sont élevés : 4 millions de veufs ; 135 MdF de prestations annuelles, pour une pension moyenne de près de
3 000 F par mois.

I – Des systèmes de reversion trés divers selon le régime

Tous les régimes de retraite mettent en œuvre des systèmes de réversion, mais ils présentent de profondes disparités. On peut opposer ainsi deux types de régime :

- ceux qui font de la pension de réversion un "droit de suite" de la pension du décédé : le droit à réversion est acquis sans condition au veuvage (ces régimes ne connaissent pas de condition d'âge ou de ressources). C'est le cas des régimes de fonctionnaires, des régimes spéciaux et, pour certains de leurs aspects, de l'ARRCO et de l'AGIRC.

- et ceux qui réservent la pension de réversion aux survivants les plus modestes ou la concentrent sur eux. C'est le cas du régime général qui subordonne la pension de réversion à des conditions d'âge et de revenu. Ces conditions, à l'origine très sévères, ont été assouplies, qu'il s'agisse de la condition d'âge (passée de 65 à 55 ans), de la possibilité de cumul d'une part entre la réversion et une activité (admise en 1972 sous plafond), d'autre part entre réversion et pension de retraite personnelle du survivant (les plafonds de cumul ayant été substantiellement améliorés depuis 1972).

Dans la plupart des cas, les pensions de réversion sont des dispositifs simples : le veuf perçoit une fraction (50 à 60 %) de la pension de son conjoint décédé, ou de celle dont il aurait pu bénéficier au moment de son décès. Toutefois, le régime général subordonne la pension de réversion à des conditions complexes qui en font un système atypique.

Tous les régimes fondent la pension de réversion sur le mariage (à l'exception des fonctions publiques qui l'ouvrent au profit des enfants à charge lorsque la mère n'est pas "habile" à la percevoir, par exemple en cas de concubinage avec le fonctionnaire défunt). Ce mariage doit avoir eu, sauf pour l'ARRCO et l'AGIRC, une durée minimale, condition souvent supprimée lorsque des enfants en sont issus.

Depuis 1978, tous les régimes partagent la pension de réversion entre les veufs et ex-conjoints divorcés (pour autant qu'ils ne se soient pas remariés). La fréquence des partages est déjà significative (par exemple près de 9 % des pensions versés par la fonction publique d'Etat). L'arrivée à l'âge du veuvage de générations dont le taux de divorce est élevé multipliera les cas de partage, source de difficultés de gestion et d'incompréhension entre les ex-conjoints. Cette perspective devrait conduire les gestionnaires à étudier des formules alternatives, du type de celle mise en œuvre en Allemagne où on statue sur l'attribution des droits à retraite au moment du divorce.

A l'origine, les pensions de réversion étaient réservées aux veuves, en droit (fonctions publiques) ou en fait (régime général où la pension de réversion n'était cumulable ni avec une activité professionnelle ni avec une retraite personnelle, situations usuelles pour les hommes). L'évolution des mœurs, la diffusion du travail féminin et la pression des réglementations européennes expliquent que les règles d'origine aient été assouplies.

Dans le régime général, il n’existe plus de règle discriminatoire au détriment des veufs ; le desserrement des conditions de cumul explique la croissance du nombre des pensions de réversion attribuées à des veufs.

Dans les fonctions publiques et les régimes spéciaux, les pensions de réversion des veufs sont certes assorties de conditions restrictives, mais ces restrictions ne sont pas très rigoureuses (si la pension n’est accordée qu’à 60 ans, la sévérité de cette règle est partiellement compensée par l’attribution de la réversion aux enfants à charge ; si la pension est souvent écrêtée, c’est à un niveau plutôt élevé). La résorption de ces disparités ne poserait donc pas de problème financier majeur.

II – Le taux et l'assiette des pensions de reversion

Le taux de réversion, c'est-à-dire le rapport entre la pension de réversion et la pension du décédé, diffère peu selon les régimes. Il est de
54 % dans le régime général (taux calculé avant application éventuelle des règles de cumul entre retraite personnelle et pension de réversion). La loi du 25 juillet 1994 avait prévu qu’il passe de 52 % (taux de l’époque) à 60 %, ce qui aurait unifié les taux entre le régime de base et les régimes complémentaires et satisfait à la revendication majeure des associations de veuves civiles (le taux de 60 % est celui qui est censé égaliser les niveaux de vie entre le survivant et le couple initial si l’on admet que l’équivalence en termes d’unités de consommation est de 1/1,7[266].

Le taux a été porté à 54 % le 1er janvier 1995 et n’a pas été augmenté depuis. Il est de 60 % dans les régimes ARRCO et AGIRC. Il est de 50 % dans les fonctions publiques et la plupart des régimes spéciaux.

De nombreux régimes mettent en place des mécanismes de pension minimale de réversion pour augmenter les retraites les plus basses (sans préjudice de l’application, le moment venu, du minimum vieillesse).

C’est le cas du régime général. La pension minimale de réversion est de 1474 F par mois pour autant que le défunt ait validé au moins 60 trimestres au régime général (la pension minimale étant proratisée pour des durées inférieures). Cette référence appelle trois commentaires.

Elle est appliquée dans chacun des régimes (régime général et régimes alignés) auxquels le défunt a appartenu, ce qui peut amener le total des pensions de réversions à une somme nettement supérieure à celle que perçoit le survivant en cas de régime unique du défunt. Il y a là une anomalie à corriger.

Le niveau garanti est modeste.

Enfin, cette pension de réversion minimale est éventuellement complétée par le minimum vieillesse. Il conviendrait d’analyser la fréquence des cas de superposition et d'apprécier l’opportunité d’augmenter le niveau de vie des veufs par une augmentation, soit de la pension minimale, soit du minimum vieillesse lui-même.

Dans les fonctions publiques, les mécanismes garantissant un minimum de la pension de réversion sont très divers et dans l'ensemble plus généreux que dans le régime général.

Enfin, dans le régime des exploitants agricoles, on a mis en place depuis quelques années une série de mesures, souvent de type forfaitaire pour augmenter les pensions de réversion les plus basses.

III – L'inégalité créée par la présence ou l'absence d'une condition d'âge

Le régime général subordonne le bénéfice de la pension de réversion à une condition d’âge. Le survivant doit avoir 55 ans. Les régimes complémentaires ARRCO et AGIRC ont retenu cette référence, mais l’ont assortie d’une dérogation (pas de condition d’âge si le veuf a deux enfants à charge au moment du décès, ce qui est relativement fréquent s’agissant de personnes jeunes et compte tenu de la définition de l’enfant à charge, moins de 25 ans si l’enfant poursuit ses études par exemple).

Or, de nombreuses veuves -16% -ont moins de 55 ans au moment de leur veuvage. Leur situation est souvent difficile : leur insertion sur le marché du travail -lorsqu’elles étaient inactives- est malaisée et peu valorisée ;

lorsque l’enfant n’a perdu qu’un de ses parents, il n’existe pas de pensions d’orphelin pour cet enfant à charge, ni au régime général, ni à l’AGIRC ni à l’ARRCO.

La situation de ces veuves du secteur privé contraste avec la situation de celles des fonctions publiques et régimes spéciaux, car, dans ces régimes, il n'y a pas d'âge minimum pour les pensions de réversion et les enfants à charge reçoivent des pensions d’orphelin - le plus souvent de 10 % de la pension "potentielle" du défunt. Sans doute, le cumul de ces pensions et des prestations familiales dues au titre de ces enfants est-il parfois limité (dans des conditions qui appellent au demeurant une clarification juridique et technique). Mais elles représentent un apport substantiel.

L'âge minimum de 55 ans et l’absence de pensions d’orphelin ont conduit à instituer un dispositif, très partiel, atténuant la rigueur de ces règles du régime général. L’assurance veuvage créée en 1980 assure pendant deux ans un revenu minimum (prolongé jusqu’à 55 ans si l’allocataire a accédé à l’assurance veuvage après 50 ans). Mais la protection assurée, réformée en 1999 (suppression du caractère dégressif de la prestation, durée de bénéfice ramenée de trois à deux ans, mesures d’intéressement permettant un cumul partiel du salaire et de la prestation…), reste limitée. Le relais est certes pris par le RMI, le moment venu ; mais il se traduit alors par une baisse sensible de prestation.

La faible fréquence des veuvages précoces affectant des allocataires du régime général et la modestie de la protection sociale actuellement garantie justifieraient qu’on étudie deux scénarios (alternatifs ou cumulatifs) améliorant la situation des "jeunes veuves".

Soit la suppression de la condition d’âge de 55 ans qui prendrait tout son sens si l’ARRCO et l’AGIRC adoptaient la même position. Cette réforme ne serait pas très coûteuse. Pour le régime général, le plafond de ressources étudié ci-après, écarterait de la prestation de nombreuses veuves actives. La suppression de l’assurance veuvage qui semble le corollaire logique de la réforme et les économies en RMI gageraient largement le coût de la suppression de la condition d’âge. Pour les régimes complémentaires, le coût resterait modéré puisque la règle actuelle qui supprime la condition d’âge lorsque le veuf a deux enfants à charge atténue déjà fortement l’incidence de la condition d’âge à 55 ans.

Soit l’institution d’un régime de pensions d’orphelins qui corrigerait pour celles des veuves de moins de 55 ans ayant des enfants à charge la rigueur de la condition d’âge elle même.

IV – L'inégalité créee par la diversité de la prise en compte des ressources

A la différence des autres régimes, le régime général tient compte des revenus du survivant dans l’accès à la pension de réversion.

Il le fait d’abord en prévoyant un plafond de ressources à la liquidation. Pour bénéficier de la pension de réversion, le survivant ne doit pas disposer de ressources annuelles dépassant 2080 fois le SMIC horaire. Une fois la pension liquidée, on ne réexamine plus les ressources du titulaire qui peuvent dépasser alors le plafond.

Sont, du fait de ce plafond, exclues de la pension de réversion de très nombreuses veuves actives et, parmi les retraitées, celles dont les pensions complémentaires propres et leurs autres revenus (à l’exclusion de ceux provenant de la communauté ou du défunt) les situent au-dessus du plafond.

Cette disposition appelle trois remarques.

D'abord, on apprécie les ressources sur la période de référence la plus favorable au demandeur : trois mois ou un an avant la demande, ou encore avant le décès. Cette règle aboutit à traiter inégalement des veufs de même revenu en fonction de leur calendrier de travail. Ainsi une veuve active peut avoir droit à pension à 55 ans si elle était inactive avant le décès -déjà lointain- de son mari, même si depuis lors elle exerce une activité professionnelle au-dessus du plafond. Une femme inactive qui s’est portée sur le marché du travail quelques mois avant l’année qui a précédé le décès
-notamment parce que la maladie ou le chômage de son conjoint faisait peser sur leur revenu une menace réelle- sera exclue de la pension de réversion alors qu’à quelques mois près elle y aurait droit. Une veuve titulaire de sa pension de réversion peut prendre un travail ou voir sa rémunération substantiellement

augmentée sans qu'on revienne sur son droit à pension, même si ses revenus excèdent largement le plafond.

En deuxième lieu, l'effet de seuil est brutal : on perd le droit à pension de réversion pour quelques francs, sauf, cas d'école, si on a organisé son "appauvrissement" momentané pour passer au-dessous du plafond le temps d'introduire avec succès une demande de pension.

Enfin, l'assiette ressources n'assure aucune neutralité en fonction de la nature des ressources du survivant. Les revenus, même importants, provenant de la succession du défunt ou de la communauté ne rentrent pas dans la base ressources alors que les salaires du survivant sont pris en compte au premier franc. Les pensions des régimes de base du veuf sont exclues de la base : mais ses retraites complémentaires font partie de l'assiette.

Il conviendrait de revoir cet ensemble de règles peu cohérentes, sévères et souvent inéquitables. L'augmentation du plafond, le lissage de l'effet de seuil et le réexamen annuel de la condition de ressources devraient être étudiées et constitueraient une alternative raisonnable à la suppression de la règle du plafonnement qui pourrait - après chiffrement- paraître trop coûteuse.

Les ressources propres des veufs interviennent dans la pension de réversion d'une seconde façon, par le biais de règles limitant le cumul entre la pension de réversion et leur pension de retraite. Bien que les plafonds de cumul aient été augmentés depuis 1972 - date à partir de laquelle le cumul a été autorisé- ils entraînent à un écrêtement sensible des pensions de réversion.

Parmi les 2,1 millions de veufs titulaires d'une pension de réversion du régime général, on peut distinguer trois catégories.

38 % ont un droit dérivé "pur" (ils n'ont pas de retraite personnelle), et 19 % cumulent sans écrêtement leur pension personnelle et la pension de réversion parce que le cumul de ces avantages est au-dessous du plafond. Pour ces deux premières catégories d'attributaires, le taux de réversion est donc bien de 54 %.

43 % subissent un écrêtement de leur pension de réversion qui varie avec le niveau des avantages en cause et le poids relatif des pensions du défunt et du veuf. Pour cette troisième catégorie de veufs, le taux d'écrêtement moyen est de 41 % (situant le taux réel de réversion à 59 % x 54 % = 32 % contre le taux de 54 % "affiché") et la perte qui en résulte est de 917 F par mois.

L'économie qui résulte de cette limitation du cumul est estimée à près de 10 MdF, à comparer aux 35 MdF, dépense totale de réversion dans le régime général. La supprimer augmenterait donc les dépenses d'un tiers.

L'existence de cette limitation appelle quatre remarques.

La technique de calcul comporte certaines incohérences. Elle n'est pas neutre en fonction du régime de retraite du survivant (elle se révèle plus sévère pour les survivants fonctionnaires et ressortissants des régimes spéciaux que pour les ressortissants du régime général). Elle ne traite pas de façon identique, à revenus de retraite donnés, les veufs d'un assuré qui a cotisé dans plusieurs régimes par rapport à celui qui a fait toute sa carrière au régime général…. Ces incohérences peuvent être corrigées mais au prix de fortes lourdeurs de gestion.

On ne peut porter de jugement sur la pertinence des règles de cumul en se limitant à en examiner l'incidence pour le seul régime général . Comme les veufs en cause perçoivent des pensions de réversion dans les régimes complémentaires sans considération de leurs ressources, c'est le taux "consolidé" de réversion qui permet seul d'apprécier leur niveau de vie. On constate alors que ce taux consolidé de réversion varie sensiblement, mais avec moins d'intensité que pour le seul régime général où il va de 0 à 54 %.

La limitation de cumul pour les salariés des entreprises privées contraste avec la situation des veufs dans les fonctions publiques et les régimes spéciaux où le taux de réversion réel est de 50 %, taux uniforme en fonction du revenu, alors qu'il varie entre 35/40 et 56 % pour la plupart des salariés du secteur privé. Cette disparité n'est pas, on l'a vu, la seule qui existe entre régimes (la limite d'âge à 55 ans et l'absence de pensions d'orphelin, le plafond de ressources personnelles à la liquidation…). Mais c'est celle qui pèse le plus.

L’écart créé entre les régimes par ces règles différentes de cumuls devrait croître dans les années à venir.

Dans les fonctions publiques, régimes spéciaux et les régimes ARRCO et AGIRC, la croissance des droits propres des femmes les amènera de plus en plus à disposer de pensions propres significatives cumulables le moment venu avec leur pension de réversion. D’où une augmentation de leur niveau de vie, en couple comme après le veuvage.

Dans le régime général, la montée des pensions de droit direct
-résultant tant de la progression du travail féminin que des avantages familiaux liés à l’éducation des enfants, majoration de deux annuités par enfant ou AVPF- profitera à plein aux femmes mais cet enrichissement se traduira de plus en plus fréquemment par un écrêtement des pensions de réversion. D’où un écart croissant de niveau de vie entre le couple initial qui cumulera ses pensions personnelles et le survivant dont les retraites propres ne seront abondées par une pension de réversion que dans des conditions limitées. L’extension des cas de cumul limité explique ainsi les perspectives de baisse du poids relatif des pensions de réversion dans les retraites des femmes du régime général (qui passeraient, selon l’INSEE, de 18,7 % actuellement à 13,2 % à l’horizon 2020).

V - Perspectives

L’ampleur des disparités entre les retraites de réversion des régimes posera ainsi un problème d'équité, surtout compte tenu des arbitrages financiers difficiles que suscite la croissance des retraites de droit direct. Il n’est donc pas anormal de s’interroger sur l’opportunité de procéder à des reformes qui assurent une certaine convergence entre les régimes.

La définition du niveau de vie relatif souhaité pour les veufs -à différents niveaux de revenu le cas échéant- est au cœur de cette problématique.

Le bilan des situations actuelles apporte déjà des informations intéressantes dans ce débat.

Dans l’ensemble, les veufs du secteur privé ont un niveau de vie relatif qui ne s’éloigne pas de façon radicale de celui qu’ils avaient en couple. En retenant, à partir des travaux de l’INSEE sur les échelles d’équivalence entre ménages en fonction de leur taille, le postulat que le niveau de vie d’une personne isolée est identique à celui d’un couple si le rapport de leurs ressources est de 1 (personne isolée) pour 1,5 (couple), on constate que le niveau de vie des veufs est souvent proche de la parité et que les écarts les plus fréquents sont de plus ou moins 15 à 20 % par rapport à la parité. Encore convient-il de remarquer que ces ratios s’améliorent de quelques points lorsqu’on prend en compte des avantages connexes attachés au veuvage (une demi part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu, un régime préférentiel en matière de taxe d’habitation, un moindre prélèvement de CSG, de meilleures allocations de logement…).

Quant au niveau de vie absolu des veufs les plus modestes (le plus souvent des veuves qui ont été durablement inactives), il reste faible et le minimum vieillesse et les avantages qui lui sont attachés sont bas.

Ces constats ne conduisent pas à envisager une amélioration substantielle et générale des paramètres des pensions de réversion dans le régime général. Ils conduiraient à affecter d’éventuelles marges de financement à l’augmentation du taux de réversion plutôt qu’à l’augmentation des plafonds de cumul.

Les veufs des fonctions publiques et des régime spéciaux ont dans l’ensemble un niveau de vie relatif meilleur (le taux de 50 % -inférieur aux taux de 54 ou 60 % affichés pour les salariés du secteur privé- est un "vrai" taux, puisque la pension de réversion est acquise sans écrêtement et que, pour les plus petites pensions, les systèmes de minima de réversion sont assez protecteurs). Cet écart devrait faire l’objet d’une réflexion dans le cadre du réexamen d’ensemble des retraites du secteur public.

RECOMMANDATIONS

1. Supprimer le cumul des pensions minimales en cas de pluriréversion.

2. Chiffrer l’incidence de la suppression de la condition d’âge dans le régime général ; étudier l’hypothèse alternative de pensions d’orphelin ; clarifier, en tout état de cause, le régime de cumul entre ces pensions et

les prestations familiales.

3. Revoir la condition de ressources à l'accès à la pension de réversion dans le régime général (lissage de l'effet de seuil ; révision des périodes de référence ou institution d'un contrôle annuel de la condition de ressources ; meilleure neutralité en fonction de la nature et de l'origine des ressources).

4. Analyser les termes d'une politique progressive de convergence des systèmes de réversion sur un scénario de référence qui pourrait reprendre, en les assouplissant, les critères du régime général.

5. Revoir le statut fiscal du veuvage pour l'intégrer, sur des bases plus cohérentes, dans le scénario de convergence évoqué ci-dessus.

Réponse

---

[266] Cette équivalence était établie lors de la préparation de la loi de 1994 à partir de l'ancienne échelle de consommation, dite d'Oxford, où le premier adulte du ménage comptait pour 1 et le second 0,7 en raison des frais et consommations fixes. Dans ces conditions, avant le décès, le nombre d'unités de consommation du ménage est de 1,7, après le décès il est de 1 et l'équivalence des niveaux de vie pour le ou la survivant(e) conduit à lui verser 1/1,7 = 59 % de la pension de son conjoint. Il vaudrait mieux retenir l'échelle récente de l'INSEE et de l'OCDE où le premier adulte compte pour 1 et le second 0,5, ce qui conduirait, avec le même raisonnement, à viser un taux de réversion de 1/1,5 = 67 %. Cela étant, ce résultat n'est valable qu'en l'absence de pension propre du (de la) survivant(e), et en l'absence d'enfants. S'il y a des enfants, le taux de réversion assurant l'égalité de niveau de vie est plus élevé ; si le survivant a une pension propre, il est moins élevé.

QUATRIEME PARTIE

L'activite des comités régionaux et départementaux d'examen

des comptes des organismes de sécurité sociale

L'activité des comités régionaux et départementaux d'examen

Sommaire

des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC et CODEC)

Les comités régionaux et départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC et CODEC) présidés par le trésorier-payeur général de la région ou du département et auxquels coopèrent des vérificateurs des administrations déconcentrées de l'État (SRITEPSA pour l'agriculture, Trésor Public pour les finances, DRASS pour les affaires sociales) ont contrôlé en 1999 les comptes 1998 d'environ 700 organismes de sécurité sociale (soit les deux tiers des organismes existants). Un tiers de ces contrôles sont des contrôles approfondis. Les observations et les avis émis confirment l'amélioration constante de la qualité des contrôles accomplis.

Sous l'égide du comité de pilotage des comités qui associe la Cour des comptes et les trois administrations concernées, l'animation du réseau se poursuit. Elle a consisté en 1999 d'une part à réaliser des manuels de vérification, d'autre part à achever la mise à niveau législative et réglementaire des textes qui régissent l'activité des comités.

Les comités ont profité des contrôles approfondis pour étudier trois thèmes de vérification spécifiques : le recouvrement des cotisations dans les régimes vieillesse et maladie des non salariés non agricoles ; la médecine du travail en agriculture ; la façon dont la comptabilité en droits constatés est effectivement appliquée dans les organismes.

Ils ont procédé, par ailleurs, à la demande de la Cour, à des enquêtes sur deux points particuliers, le recouvrement des cotisations dans le régime agricole, et la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le régime général.Les résultats de trois de ces investigations figurent précédemment dans le rapport : aux chapitres I (recouvrement des cotisations) et IV (application des droits constatés). Quant aux observations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, elles feront l'objet d'autres suites de la Cour.

Aussi, cette partie, après avoir présenté de façon synthétique l'activité et l'animation des comités (section I), présente-t-elle les conclusions d'un seul des thèmes de vérification, la médecine du travail en agriculture (section II).

Section I :
L'activité des comités régionaux et départementaux en 1999

En 1998, le nombre d'organismes de sécurité sociale relevant de la compétence des COREC et CODEC est de 1077 (tableau ci-après). La tendance régulière à la diminution du nombre des organismes liée à des fusions de caisses, constatée au cours des dernières années (40 organismes ont disparu entre 1993 et 1997), s'est donc clairement inversée. L'augmentation par rapport à l'année 1997 est essentiellement imputable à la mise en place des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et à la constitution des associations régionales des caisses de mutualité sociale agricole, en application de l'ordonnance du 24 avril 1996.
Cette progression se poursuivra à court terme en raison de l'installation des unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM). Le champ de contrôle des comités s'élargit car ils sont désormais chargés de se prononcer, d'une part sur les comptes des unions d'économie sociale, des groupements d'intérêts économiques, sociétés civiles immobilières auxquelles participent les caisses de mutualité agricoles à hauteur de 50 % des parts en capital ; et d'autre part des associations lorsque la

participation des caisses de MSA atteint la moitié des moyens de fonctionnement. Ces évolutions incitent à une certaine vigilance quant au maintien de moyens suffisants affectés aux comités d'examen.

I – Les contrôles réalisés par les COREC et les CODEC

La progression du nombre des organismes ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des contrôles réalisés par les COREC et les CODEC[267]. Au contraire, leur nombre diminue légèrement par rapport à 1998 (de 714 à 697). Le taux de contrôle est ainsi passé de 70 % en 1998 (sur les comptes de 1997) à 65 % en 1999 (sur les comptes de 1998). En revanche, le taux de contrôle approfondi est resté à peu près stable, autour de 20 %.
Comme chaque année, les comités d'examen ont, par ailleurs, effectué, à la demande de la Cour, des contrôles sur des sujets particuliers. En 1999, ces contrôles, qui ont porté sur la gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles et sur le recouvrement des cotisations dans le régime agricole, ont concerné au total 45 organismes, caisses régionales et primaires d'assurance maladie et caisses de mutualité sociale agricole

Liste des organismes relevant de la compétence des COREC et des CODEC

	1997	**1998**
REGIME GENERAL	497	498
Union des caisses nationales de sécurité sociale	1	1
Caisses régionales d'assurance maladie	17	17
Caisses primaires d'assurance maladie	129	129
Caisses d'allocations familiales	125	125
Unions pour le recouvrement des cotisations	105	105
Unions et fédérations d'organismes	114	115
Caisses générales de sécurité sociale et caisse de prévoyance sociale de St-Pierre et Miquelon	6	6
REGIME AGRICOLE	110	140
REGIME MINIER	23	23
REGIME DES NON SALARIES NON AGRICOLES	265	264
REGIMES SPECIAUX ET PARTICULIERS	19	19
UNIONS REGIONALES DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE (URCAM)	0	22
REGIME DU PERSONNEL DES INDUSTRIES ELECTRIQUES ET GAZIERES	111	111
TOTAL	**1025**	**1077**

Comme les années précédentes, les trois quarts des contrôles ont porté sur des caisses du régime général (47 %) et des régimes des travailleurs non salariés des professions non agricoles (25 %). Un effort particulier a été accompli s'agissant des caisses des régimes spéciaux et particuliers dont le pourcentage d'organismes contrôlés passe de 58 à 63 %. Plus de la moitié des URCAM ont également fait l'objet d'un contrôle.
Le nombre des organismes soumis à un contrôle approfondi a nettement augmenté, se rétablissant à un niveau élevé (240 contrôles en 1999 contre 217 en 1998, soit + 9,6 %) après le fléchissement constaté l'an dernier (- 13,5 %).

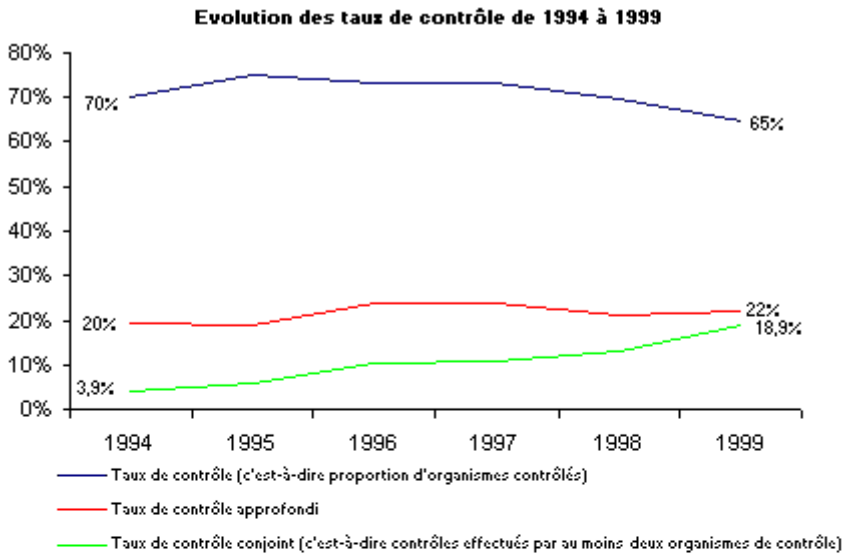
Répartition par type de contrôle*

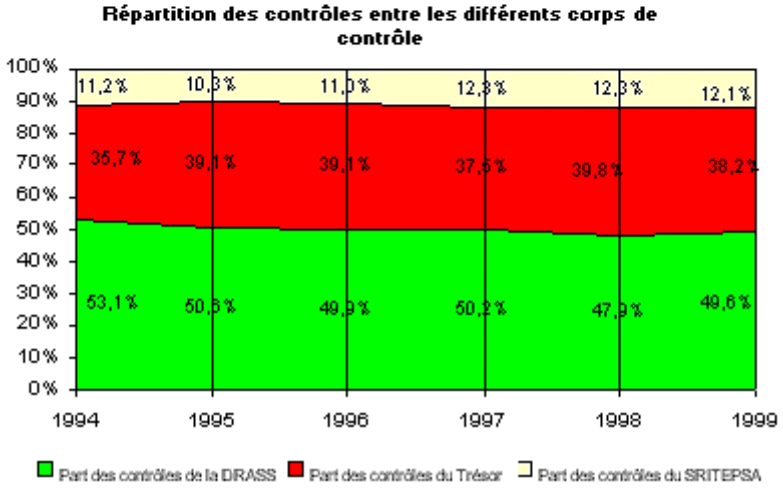
	1996	**1997**	**1998**	**1999**
Contrôles approfondis des comptes et de la gestion	253 *33 %*	251 *33 %*	217 *30 %*	240 *34 %*

Contrôles de conformité comptable	211 *27 %*	210 *27 %*	196 *28 %*	163 *24 %*
Contrôles de suivi des observations portées lors du dernier contrôle approfondi	306 *40 %*	303 *40 %*	301 *42 %*	294 *42 %*
Total des organismes contrôlés	**770**	**764**	**714**	**697**

* L'année est l'année des contrôles ; ces contrôles portent sur les comptes de l'année n-1.

On observe, par ailleurs, que la pratique des comités consiste, de plus en plus fréquemment, à réaliser les contrôles de conformité comptable parallèlement aux contrôles de suivi des observations portées lors du dernier contrôle approfondi. Dès lors, la baisse constatée du nombre de contrôles de conformité ne manifeste pas une désaffection des comités pour ce type de vérifications mais correspond à un report d'une partie des vérifications comptables de l'exercice 1998 qui seront effectuées dans le cadre des contrôles de suivi sur l'exercice 1999 (donc en 2000). Cette pratique qui améliore sans aucun doute l'efficience des contrôles a anticipé les modifications réglementaires portant sur les modalités de contrôle qui ne seront plus que de deux types, les contrôles approfondis et les contrôles intermédiaires.
La répartition des contrôles entre les trois corps d'inspection montre une stabilité de l'activité des inspecteurs des DRASS et des SRITEPSA alors que la proportion des contrôles assurés par les services du Trésor baisse légèrement sur cette dernière campagne. L'investissement plus important de ces services dans les contrôles des caisses de mutualité sociale agricole ne compense qu'en partie la baisse globale du nombre de contrôles réalisés notamment dans celles du régime général.
La croissance régulière des contrôles réalisés conjointement par des vérificateurs de deux ou trois corps de contrôle, observée ces dernières années, s'est nettement accélérée (graphique ci-après). Ils représentent 19 % des contrôles effectués en 1999 (contre 13 % en 1998,
11 % en 1997 et seulement 4 % en 1994). L'essentiel des contrôles conjoints sont le fait des services du Trésor et des DRASS : ils ont conduit ensemble 108 contrôles, contre 77 en 1998, dans l'ensemble des régimes de sécurité sociale hormis le régime agricole. Quelques contrôles ont été réalisés par les trois corps de contrôle. Les vérificateurs des SRITEPSA ne contribuent quant à eux que peu à des contrôles hors régime agricole.





Sur ces deux graphiques, les années sont celles des contrôles.
Ils portent sur les comptes de l'année n-1.
Lecture : Le taux global de contrôle s'établit à 65 % en 1999.
En tenant compte de tous les contrôles (y compris les contrôles conjoints), les DRASS en ont réalisé 49,6 %, le Trésor 38,2 % et le SRITEPSA 12,1 %.

Répartition des contrôles faits en 1999 par corps de contrôle

	Régime général	Régimeagricole	Régimedes Mines	Régime des non salariés non agricoles	Autres régimes spéciaux	URCAM	Régime EDF-GDF	Total
TRESOR	84	4	7	65	6	2	35	203
								29%
DRASS	168	0	3	74	5	7	32	289
								41%
SRITEPSA	3	69	0	1	0	0	0	73
								11%
TRESOR+	70	0	2	29	1	3	3	108

DRASS								*16%*
AUTRES CONTRÔLES CONJOINTS	2	16	1	5	0	0	0	24 *3%*
TOTAL	327	89	13	174	12	12	70	697

Cette évolution profonde dans le mode d'organisation et la conduite des contrôles, qui favorise la complémentarité des compétences, constitue un facteur important d'enrichissement des méthodes et d'amélioration de la qualité et de la portée des vérifications.
Sur la période 1994–1999, on constate une baisse du taux global de contrôle, mais une quasi stabilité du taux de contrôles approfondis. Les parts de contrôle de chaque service n'ont pas notablement évolué.

II - Les avis émis par les CODEC

Au cours de la campagne de contrôles de 1999, les COREC et les CODEC ont formulé 359 avis favorables, 229 avis favorables assortis de recommandations, 33 avis favorables avec réserves et 74 avis défavorables (tableau ci-après).

Le caractère critique des appréciations portées par les comités est allé croissant au cours des cinq derniers exercices. Cette tendance se confirme : près de la moitié des avis émis (48 %) ont comporté des recommandations ou des réserves ou bien étaient défavorables à l'approbation des comptes. Ce taux n'atteignait que 36 % en 1994.
Si cette tendance est réelle, l'appréciation du nombre d'avis défavorables et de son évolution doit être relativisée en raison de la situation particulière des caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale (CAS) du régime social du personnel des industries électriques et gazières qui conduit, depuis plusieurs années, les COREC et CODEC à émettre des avis défavorables à la suite des contrôles qu'ils effectuent dans ces caisses. Sur les 74 avis défavorables formulés, 60 ont en effet été adressés à des CAS. Il leur est reproché de porter indûment à la charge du régime complémentaire obligatoire le remboursement des forfaits hospitaliers et des suppléments pour chambre individuelle.

	1996	**1997**	**1998**	**1999**
Contrôles approfondis	253	251	217	240
Avis favorables	98 *38,7%*	84 *33,5%*	68 *31,3%*	84 *35,0%*
Avis favorables avec recommandations	107 *42,3%*	116 *46,2%*	103 *47,5%*	117 *48,8%*
Avis favorables avec réserves	26 *10,3%*	21 *8,3%*	17 *7,8%*	15 *6,2%*
Avis défavorables	22 *8,7%*	29 *11,6%*	29 *13,4%*	24 *10,0%*
Sursis à statuer	0	1 *0,4%*	0	0
Contrôles de conformité comptable	211	210	196	163
Avis favorables	153 *72,5%*	143 *68,1%*	128 *65,3%*	116 *71,2%*
Avis favorables avec recommandations	35 *16,6%*	46 *21,9%*	47 *24,0%*	24 *14,7%*
Avis favorables avec réserves	5 *2,4%*	7 *3,3%*	3 *1,5%*	4 *2,5%*

Avis défavorables	17 *8,0%*	14 *6,7%*	18 *9,2%*	17 *10,4%*
Sursis à statuer et sans avis	1 *0,5%*	0	0	2 *1,2%*
Contrôles de suivi	306	303	301	294
Avis favorables	201 *65,7%*	187 *61,7%*	184 *61,1%*	159 *54,1%*
Avis favorables avec recommandations	72 *23,5%*	78 *25,8%*	62 *20,6%*	88 *29,9%*
Avis favorables avec réserves	5 *1,7%*	7 *2,3%*	25 *8,3%*	14 *4,8%*
Avis défavorables	27 *8,8%*	30 *9,9%*	30 *10,0%*	33 *11,2%*
Sursis à statuer et sans avis	1 *0,3%*	1 *0,3%*	0	0
Non contrôlés	283	283	311	380
TOTAL	**1053**	**1047**	**1025**	**1077**

L'année est l'année des contrôles ; ces contrôles portent sur les comptes de l'année n-1.

Le décret du 11 avril 1997 n'ayant pas été complété par les textes d'application nécessaires, aucune solution concrète n'a pu être mise en œuvre. Dès lors, afin d'éviter que les contrôles des comités ne soient peu à peu vidés de leur sens, des instructions viennent d'être données pour que la formulation des avis distingue clairement les motifs fondés sur l'irrégularité mentionnée ci-dessus des observations portant sur la gestion administrative et comptable des organismes.

La Cour ne peut que souligner à nouveau la nécessité de trouver une solution définitive à ce problème.

Quatorze caisses de différents régimes ont fait, par ailleurs, l'objet d'avis défavorables ; 11 à la suite de contrôles approfondis, un dans le cadre d'un contrôle de conformité comptable et deux à la suite de contrôles relatifs au suivi des observations. Huit de ces caisses relèvent du régime général, deux de la mutualité sociale agricole et quatre des régimes des non-salariés des professions non-agricoles.

Il faut distinguer deux types de caisse, celles à l'égard desquelles les comités d'examen des comptes ont renouvelé sans succès des critiques récurrentes ; celles à l'égard desquelles les comités ont formulé un premier avis défavorable.

A- Certains organismes n'ont pas tenu compte des avis défavorables renouvelés à leur encontre par les Comités

- Pour le deuxième exercice consécutif, le fonctionnement globalement défectueux de la caisse primaire d'assurance maladie de Roanne a justifié un avis défavorable à l'approbation de ses comptes. La caisse a élaboré, à la demande des autorités de tutelle et avec l'aide de la mission d'audit de la CNAMTS, un plan de redressement. Dans le cadre de ce plan, des mesures ont été prises pour revoir l'organisation des services, mettre en place des outils de pilotage et développer le contrôle interne. Un effort particulier a porté sur la mise en œuvre d'un plan de formation adapté aux besoins de l'organisme et aux enjeux de la branche. Ces mesures sont de nature à permettre une amélioration de la situation de la caisse à moyen terme. Toutefois, l'avis du CODEC souligne la persistance d'irrégularités comptables, l'application de procédures d'apurement des créances non conformes à la réglementation, des carences dans le suivi de la gestion de la clinique dentaire et l'absence de cohérence de la politique de contrôle interne. Un suivi sérieux de l'évolution de cette caisse doit être entrepris afin de s'assurer de la poursuite des efforts de redressement comme de leurs résultats concrets.

Interrogée tant sur le suivi du plan de redressement que sur l'opportunité qu'il y aurait à mettre en cause la responsabilité du directeur et de l'agent comptable, la tutelle locale a informé la Cour qu'un nouvel audit de suivi avait été diligenté par la CNAMTS en janvier 2000. Il en ressortait que la situation générale de la CPAM

s’améliorait progressivement, que, pour l’essentiel, le plan de redressement était appliqué, même si la situation demeurait fragile. Sur la suggestion de la DRASS, le remplacement de l’agent comptable est en cours. Le directeur bénéficie, quant à lui, du soutien du président du conseil d’administration de la caisse. Cette dernière fera l’objet d’un suivi tout particulier de la part du comité d’examen des comptes.

- Pour la caisse de MSA du Gers, les anomalies constatées au cours des deux exercices précédents persistent : la quasi absence de recouvrement contentieux, le montant élevé des cotisations prescrites ainsi que le non-respect des instructions comptables ont motivé l’avis défavorable du CODEC. Le départ fin 1998 du directeur et de l’agent comptable ainsi que la nomination de deux nouveaux responsables devraient permettre un redressement de la caisse pour l’exercice 2000.

La tutelle a informé la Juridiction que le conseil d’administration en sa séance du 22 juin 1999 avait donné son accord pour la prise en compte, sur les fonds propres de la caisse, des sommes prescrites pour un montant de 7 946 663,98 F. Le directeur exerce désormais des fonctions dans le secteur privé. En conséquence, les sanctions possibles n’auraient pas été efficaces. La responsabilité propre de l’agent comptable, lui aussi en poste dans le secteur privé, n’est pas apparue manifeste au conseil d’administration de l’organisme. Toutefois, la demande d’exercice de nouvelles responsabilités au sein du service public de sécurité sociale par ces deux agents serait subordonnée à une nouvelle inscription sur les listes d’aptitudes et à l’obtention d’un agrément, procédures qui ressortent de la compétence des autorités de tutelle.

- L’avis défavorable à l’approbation des comptes de la CAF de Corse du sud est motivé par le constat de multiples anomalies dans sa gestion qui perdurent malgré les réserves antérieures formulées par le CODEC. Des lacunes importantes dans la tenue et le suivi de la comptabilité et dans l’application du plan de contrôle interne ont été constatées. Un manque de rigueur est à déplorer tant dans la gestion des avances sur frais de déplacement, et dans la tenue et le suivi des dossiers en matière d’action sanitaire et sociale qu’en matière de détection et de gestion des indus et de suivi des aides individuelles.

En réponse, le directeur de la solidarité et de la santé de Corse et de la Corse-du-Sud a informé la Cour de l’ensemble des mesures prises pour rétablir la situation comptable de la CAF. Au nombre de celles-ci s’inscrivent la nomination en juin 1999 d’un nouvel agent comptable, un suivi régulier par les services de tutelle de la gestion du RMI et de l’organisation du contrôle de cette prestation.

- La CAF de Guyane connaît une situation préoccupante puisque l’examen des comptes des exercices 1994 et 1995 avait été assorti de deux avis défavorables, et que celui concernant les comptes de l’exercice 1998 est motivé par vingt-cinq observations, dont quatre importantes. Ces dernières concernent l’utilisation de reliquats de crédits “prestation accueil, restauration scolaire” (PARS) qui ont fait l’objet de subventions d’investissement en contradiction avec les règles de gestion de ce fonds, la gestion du contentieux et le recouvrement des indus jugés inefficaces, des défaillances dans la comptabilité des engagements, l’insuffisance du contrôle *a posteriori*, le suivi incorrect des comptes d’immobilisation[268].

Le directeur interrégional de la sécurité sociale des Antilles-Guyane, autorité de tutelle, précise que, depuis 1995, la CAF ne disposait pas d’une équipe de direction complète et stable. Le nouveau directeur a été agréé en octobre 1999, son adjoint en avril 2000 et l’agent comptable, recruté en dehors de l’institution de sécurité sociale, sera véritablement opérationnel courant 2000. La restructuration des services, notamment celle du service contentieux, se poursuit et les premiers résultats pourront être appréciés courant 2001.

- Les défaillances relevées dans la gestion de deux organismes conventionnés, l'un situé en Martinique, la mutuelle des travailleurs indépendants de la Martinique (MUTIM), l'autre en Guadeloupe, l'union des mutuelles de Guadeloupe (UDMG) ont motivé le maintien, depuis plusieurs années, d’avis défavorables fondés, pour le premier, sur les difficultés persistantes dans le recouvrement des cotisations, la dégradation des délais de paiement des prestations et la détérioration de la situation comptable ; pour le second, sur un suivi budgétaire peu rigoureux, les insuffisances du recouvrement contentieux et de la gestion comptable.

S’appuyant sur les observations du CODEC, la caisse mutuelle régionale a enjoint aux organismes de mettre en œuvre les mesures nécessaires à l’amélioration de leur gestion et du service rendu aux assurés. Le redressement de ces organismes n’était toutefois pas patent, à la date des contrôles effectués par le CODEC. La Cour ayant appelé l’attention de la caisse nationale sur les défaillances graves et persistantes de ces deux

organismes, une mission d'audit a été diligentée en 1999 sur la caisse mutuelle régionale.

Un plan de redressement arrêté le 30 mars 1999 a été imposé à la caisse mutuelle régionale par la CANAM qui lui a fixé des objectifs précis dans le cadre d'un contrat pluriannuel de gestion et afin de remédier aux lacunes persistantes. Dans ce cadre, pour l'UDMG, le délai moyen de liquidation s'est amélioré (3,3 jours contre 33,5) et les émissions de cotisations suivent des procédures plus proches de la normale. Pour la MUTIM, le délai moyen de liquidation s'est stabilisé à 5 jours, le taux de recouvrement a augmenté de deux points à 63,46 % même si des progrès restent à faire pour respecter le délai de reversement des cotisations. La DIRSS entend assurer un accompagnement de la caisse mutuelle régionale et des deux organismes conventionnés concernés en vue d'un redressement progressif.

B - D'autres organismes sont appelés à prendre les mesures appropriées à la suite d'un premier avis défavorable

L'avis défavorable à l'approbation des comptes d'une caisse primaire d'assurance maladie a mis en évidence de graves carences en matière de gestion comptable, en partie imputables aux absences prolongées, pour maladie, de l'agent comptable et du fondé de pouvoir. Ont été également relevés les dysfonctionnements récurrents du service du contentieux, l'absence de contrôle interne et la progression des coûts de gestion administrative. L'intervention de la mission d'audit de la CNAMTS devrait aider la caisse à mettre en œuvre des mesures de redressement. Toutefois l'amélioration durable de sa gestion repose sur une remise à niveau de l'agence comptable difficile à engager dans une situation d'intérim de l'agent comptable.

Un suivi insuffisant du recouvrement des indus, un manque de rigueur dans la gestion comptable et des irrégularités relevées dans la gestion budgétaire ont motivé l'avis défavorable émis sur les comptes d'une troisième caisse primaire d'assurance maladie.

Pour une caisse d'allocations familiales, l'avis défavorable est motivé par différents dysfonctionnements au nombre desquels la non-application du plan de contrôle interne, le manque de rigueur dans le suivi des comptes de tiers, l'absence de séparation entre le recouvrement amiable et le recouvrement contentieux, enfin le défaut de mise en place d'une politique de lutte contre l'absentéisme.

Un centre informatique régional s'est vu notifier un avis défavorable en raison des graves irrégularités de gestion, tant financières que comptables relevées par le COREC, confirmant les conclusions d'une enquête diligentée à la demande du conseil d'administration. Cette situation a eu en outre pour conséquence la révocation du directeur de l'organisme ainsi que l'ouverture d'une procédure pénale.

Malgré certains efforts entrepris pour pallier les insuffisances déjà constatées lors des précédents contrôles, un avis défavorable à l'approbation des comptes d'une caisse générale de sécurité sociale a été émis. L'avis souligne à nouveau de nombreuses défaillances dans le suivi des comptes de tiers, ainsi que des carences préoccupantes dans le recouvrement contentieux des cotisations. Le CODEC recommande une réforme des structures et des méthodes de travail de l'organisme, et une gestion plus active de l'action sanitaire et sociale. Il estime par ailleurs nécessaire qu'une plus grande vigilance soit accordée à la gestion de trésorerie, afin que les fonds recouvrés soient mis, dans les délais les plus brefs, à la disposition de l'ACOSS. Dans sa réponse, le président du conseil d'administration mentionne, pour chacun des points relevés, les mesures prises ou envisagées à court terme. La Cour a alerté à plusieurs reprises les autorités de tutelle sur la nécessité d'audits spécifiques sur les CGSS et la nécessité de prévoir soit l'apport temporaire de renforts soit la prise en charge provisoire de certaines applications sous forme de travail à façon par des caisses métropolitaines volontaires.

Un avis défavorable sur une caisse de MSA est reconduit en raison des résultats non probants pour l'exercice 1998 de la restructuration initiée par la nouvelle direction notamment en matière de recouvrement des cotisations impayées. Le redressement de la situation devrait cependant être effectif pour l'exercice 1999.

Le contrôle d'un organisme conventionné mutualiste a donné lieu à un avis défavorable faisant état d'insuffisances dans la gestion financière et comptable et de la sécurité déficiente du dispositif d'encaissement des cotisations en numéraire. L'organisme a rapidement pris des mesures pour remédier aux dysfonctionnements constatés. La fusion de cet organisme avec les organismes conventionnés de deux autres mutuelles devrait conduire à la mise en place d'une nouvelle organisation et de procédures plus efficaces.

Des dysfonctionnements en matière de gestion administrative et de recouvrement des cotisations, caractérisés par l'absence de cohérence dans les pratiques de services émanant d'organismes récemment fusionnés et par un suivi peu rigoureux des créances, ont donné lieu à un avis défavorable à l'approbation des comptes d'une caisse du régime ORGANIC.

La Cour tient à souligner que la qualité croissante des contrôles des CODEC et des COREC doit aider les administrations de tutelle à mettre fin, le plus rapidement possible, aux situations les plus anormales. Dans ces cas, les directeurs devraient être plus systématiquement ou à tout le moins plus énergiquement sanctionnés et la responsabilité des agents comptables mise en cause. Pour sa part, la Cour veillera encore plus attentivement à ce que la qualité du travail accompli par les organismes de sécurité sociale ne soit pas atteinte par le comportement négligent de quelques-uns.

III - L'animation du réseau

Poursuivant la politique d'animation du réseau des COREC/CODEC impulsée depuis cinq ans, le comité de pilotage, qui réunit le président de la chambre chargée de la sécurité sociale, le directeur général de la comptabilité publique, le directeur de la sécurité sociale, le directeur de l'exploitation, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture, a, cette année, mis l'accent

- sur la promotion d'une ambitieuse politique d'aide au contrôle par la réalisation de manuels de vérification s'ajoutant aux fiches techniques et aux guides de contrôle communiqués avant chaque campagne ;

- sur la mise à niveau législative et réglementaire des textes régissant le contrôle de la sécurité sociale par la Cour en général et les comités d'examen des comptes en particulier.

Après le manuel général de vérification et celui relatif au contrôle des caisses du régime agricole, deux manuels supplémentaires ont été réalisés en commun par la Cour et des vérificateurs des comités.

Le manuel de vérification relatif aux caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) devrait permettre de mieux appréhender la gestion de ces caisses, d'apprécier la qualité du service rendu aux assurés en matière de retraite et d'action sociale et d'analyser l'implication de ces caisses dans un contexte régional modifié par la mise en place des ARH, des URCAM et plus récemment des UGECAM.

Le manuel de vérification des caisses du régime maladie-maternité des non salariés non agricoles vise à clarifier les conséquences, pour le contrôle, de la nature conventionnelle du régime, et des missions respectives des caisses mutuelles régionales (CMR) et des organismes conventionnés (OC).

Pour moderniser les procédures et se donner les moyens de poursuivre l'amélioration de la qualité des contrôles, il fallait que soient pris les décrets d'application de l'article L. 134-2 introduit au sein du code des juridictions financières par la loi du 2 juillet 1998. Le décret n° 99-956 du 17 novembre 1999 portant modification du décret n° 85-199 du 11 février 1985 relatif à la Cour des comptes en ce qui concerne le contrôle des organismes de sécurité sociale, le décret n° 99-1155 du 29 décembre 1999 relatif à la vérification des comptes des organismes de sécurité sociale ont complété le dispositif juridique.

Ces dispositions sont d'ores et déjà intégrées au sein de la partie réglementaire du code des juridictions financières, aux articles R. 134-1 à
D. 134-26 du chapitre 4 relatif au contrôle de la sécurité sociale, adoptée par deux décrets du 14 avril 2000.

Par ailleurs, l'article 8 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations modifie l'article L.140-9 du code des juridictions financières de manière à couvrir les rapports de vérification des comités d'examen des comptes du secret de l'instruction qui s'attache aux travaux de la Cour.

Enfin, depuis le 1er janvier 2000, il ne reste, comme prévu, que trois comités régionaux à créer (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Nord-Pas-de-Calais)[269]. Les comités régionaux d'examen des comptes qui se substituent aux comités départementaux en assurent les fonctions ainsi que celles inhérentes à la programmation auparavant dévolue à la conférence régionale. En organisant la politique de contrôle au niveau régional (programmation, formation, mise en perspective de résultats des vérifications), les moyens désormais

répartis sur cette base sont mieux utilisés et la qualité des contrôles renforcée.

Réponse

---

[267]PS L'analyse présentée s'appuie sur des statistiques en nombre de contrôles. De ce fait, elle ne retrace qu'imparfaitement la charge effective de contrôle, notamment sur le court terme, dans la mesure où la durée de chaque contrôle diffère suivant le type de contrôle et la nature de l'organisme vérifié.

[268]PS S'agissant des crédits « PARS », le ministère de l'emploi et de la solidarité a admis que « dans un contexte particulier tel que celui qui se présente en Guyane caractérisé par une forte croissance de sa population scolaire, l'éloignement géographique du domicile des enfants des établissements scolaires, l'état du parc scolaire et des besoins restant à couvrir, la carence des financements des partenaires que des reliquats soient affectés à titre exceptionnel à l'acquisition de matériel ayant une incidence directe sur l'amélioration du service de la restauration scolaire ».

[269]PS Resteront organisés sur une base différente de celle qui prévaut pour les COREC métropolitains, le ou les comité(s) compétent(s) pour les régions ou départements de Martinique, Guadeloupe et Guyane d'une part, les comités d'examen des comptes des collectivités territoriales de St-Pierre et Miquelon et de Mayotte d'autre part.

Section II :
Les observations des COREC/CODEC sur la médecine du travail en agriculture

Les comités d'examen des comptes ont fait porter leurs contrôles sur le fonctionnement des services de médecine du travail en agriculture (exercice 1998) sur un échantillon de 12 sections de caisse et une association[270].

I - Le service public de medecine du travail en agriculture

A - Un dispositif récent

Avec vingt ans de retard sur le commerce et l'industrie, la médecine du travail a été mise en place dans le secteur agricole par la loi du 26 décembre 1966, complétée par une loi du 6 décembre 1976[271]. Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent créer, soit une section de médecine du travail en leur sein, soit, de moins en moins fréquemment, une association spécialisée qui peut être commune à plusieurs caisses de MSA (8 sur les 81 unités de médecine du travail).

Les missions de la médecine du travail agricole concernent 795 679 salariés, plus les 695 661 saisonniers et occasionnels ayant travaillé moins de 40 jours, auxquels s'ajoutent les populations non agricoles couvertes (non dénombrées) par des conventions.

Les services médicaux employaient, en 1998, 298 médecins (269 équivalent temps plein -ETP-) formés par l'internat de spécialité ou par un organisme propre au régime, 18 vacataires et 4 médecins de clientèle (en voie de disparition). Les emplois administratifs se chiffraient à 369 salariés (317 ETP).

B - Une organisation des caisses de base à valoriser

La commission nationale paritaire de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles des salariés agricoles définit la politique en la matière. Dans ce cadre, la caisse centrale de la MSA (CCMSA) propose notamment le plan annuel de prévention approuvé par le ministère de tutelle, au sein duquel figurent, sans obligation réglementaire, des actions concernant la médecine du travail en agriculture. L'échelon central de la médecine du travail en agriculture qui relève de l'autorité du conseil d'administration de la caisse centrale assure la coordination technique des services médicaux du travail en agriculture.

Les caisses de mutualité sociale agricole organisent localement la médecine du travail, fixent le taux des cotisations, recrutent des médecins du travail et décident des collaborations avec d'autres organismes

(conventions avec des tiers, actions de prévention…).

Au niveau local, la gestion de ce secteur s'appuie sur un comité de la protection sociale des salariés qui émane du conseil d'administration auquel il rend un avis conforme sur certaines questions relatives à la médecine du travail en agriculture (dépenses, nomination, licenciement). L'équivalent de ces comités locaux de la protection sociale se trouve au niveau central.

Lorsqu'elle est organisée en section de caisse, la structure de la médecine du travail en agriculture constitue, en théorie, une application de l'article 7 de la directive européenne du 12 juin 1989 qui fait obligation de réunir au sein de services communs l'ensemble des compétences techniques et médicales nécessaires à l'appréhension du risque professionnel.

En pratique, à l'exception de deux des caisses de l'échantillon, la coordination entre les différents services des caisses est apparue satisfaisante aux COREC/CODEC. Les services de médecine du travail et ceux chargés de la prévention étaient même parfois communs.

Pour parfaire encore cette coordination, la CCMSA devrait prendre sans attendre des mesures d'incitation et formuler les conseils d'organisation qui s'imposent à l'égard des caisses encore hésitantes à valoriser une organisation pourtant de nature à permettre la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, mesures qui pourraient être ultérieurement complétées à l'issue des études en cours.

II – Des situations hétérogènes entre services

A - Les écarts entre les taux de cotisation

Le fonctionnement de la médecine du travail est financé par les seules cotisations assises sur les salaires, à la charge des employeurs, en application de l'article 5-1 du décret du 11 mai 1982, l'échelon central étant alimenté par une cotisation de 0,014 % de l'ensemble du montant de l'assiette des cotisations. Chaque section de médecine du travail détermine son propre taux de cotisation applicable à l'ensemble des exploitations agricoles de son ressort territorial en fonction du temps de travail et du montant des salaires. Le taux moyen de cotisation appelée auprès des employeurs agricoles s'établit à 0,45 % des salaires, avec des écarts au niveau national allant de 0,29 % à 0,85 %. Sur l'échantillon contrôlé, le coût de l'examen médical se situait entre 385,38 F et 1 222,85 F avec une moyenne de 604 F. Au total, en 1998, pour des dépenses se montant à 426 MF, les charges de personnel représentaient à elles seules 290 MF et les cotisations rapportaient 321 MF.

En vue d'harmoniser une tarification très disparate, il pourrait être mis en place une cotisation forfaitaire de base et instauré un mécanisme de compensation entre caisses qui permette notamment de tenir compte des difficultés rencontrées par les organismes confrontés à des sujétions particulières (saisonniers, risques spécifiques) évaluées au niveau central.

B - Un taux de couverture médicale insuffisant

En 1997, 38 services de médecine du travail sur 81 ne respectaient pas le ratio légal d'un médecin pour 3 000 salariés imposé par l'article 15 (2°) du décret du 11 mai 1982, les COREC/CODEC relevant quant à eux des écarts allant d'un médecin pour 2849 salariés à un pour 5164 salariés. Pourtant, la majorité des caisses ne respectant pas le ratio pourraient, au prix d'une répercussion tolérable sur le taux de cotisation, procéder aux embauches nécessaires.

S'il est difficilement admissible que les caisses renoncent à leurs obligations, on pourrait peut-être en faciliter le respect par une modulation de ce ratio en fonction de la nature des populations assujetties, en le diminuant pour les populations à risques comme les saisonniers ou pour les salariés de certains secteurs (filière bois, abattoirs, élevage intensif…) et en l'augmentant dans le tertiaire agricole.

C - Un tiers temps non réalisé

Le décret du 11 mai 1982 prévoit que le médecin consacre un tiers de son temps de travail aux actions de prévention en milieu professionnel. En 1998, ce ratio était en moyenne de 15 % avec, sur l'échantillon

contrôlé, des écarts allant de 10 % à 20 %. Alors que ce tiers-temps est quasiment respecté pour la surveillance des grandes unités agricoles, il ne l'est pas pour celle des petites exploitations.

Sauf exception due à un contenu très particulier (leptospirose), les rapports produits par les médecins sur leurs interventions en milieu de travail ne sont pas exploités au niveau national.

Il conviendrait de formaliser davantage les interventions en milieu de travail, d'en effectuer un suivi et une évaluation, en privilégiant les interventions à l'égard des petites unités agricoles et en assurant l'exploitation des rapports réalisés, éventuellement rédigés autour d'un plan et de données standardisées.

D - Une participation réduite aux études nationales

Depuis 1993, la CCMSA a déterminé une dizaine de programmes d'actions prioritaires dont des études épidémiologiques (maladies transmises par les tiques, affections respiratoires) afin de constituer un réseau de veille sanitaire, d'observation de certaines pathologies et de toxico-vigilance. A ce titre, en 1999-2003, deux enquêtes sont conduites l'une relative à la pluridisciplinarité -notamment la prévention des risques professionnels des travailleurs saisonniers-, l'autre à la surveillance des zoonoses.

Faute pour la caisse centrale d'y associer des moyens budgétaires spécifiques (à l'exception du programme de toxico-vigilance auquel est affecté un budget de 5 MF sur cinq ans) pour financer la charge de travail supplémentaire, cette volonté de coordination et d'orientation trouve ses limites dans la libre participation des caisses locales aux programmes proposés et parfois dans leur compétence à développer seules les études épidémiologiques demandées.

Les rapports des COREC/CODEC montrent une faible adhésion des caisses locales, qu'il s'agisse d'actions de médecine du travail ou de prévention (cinq des caisses contrôlées avaient établi des programmes liés à la prévention ; les actions prévues en matière de médecine du travail ne reprenaient, au mieux, que certaines des dix actions prioritaires nationales). En 1998, seules 9 études départementales épidémiologiques (sur les 81 services) avaient été réalisées.

Ces disparités entre les sections de médecine du travail agricole militent pour que les pouvoirs de la caisse centrale soient renforcés en vue d'imposer aux caisses le respect des textes et de développer les synergies du réseau.

IV - Des activités mal contrôlées

A - Des populations à mieux prendre en charge

Faute d'accepter de cotiser à cet effet, les quelque 600 000 non-salariés agricoles ne peuvent bénéficier depuis 1966 du service de la médecine du travail (article 1000-1 du code rural) dont les prestations ne peuvent être prises en charge par le BAPSA.

Par ailleurs, sur une base juridique particulièrement fragile[272] les travailleurs saisonniers travaillant moins de 40 jours par an sont exclus de la surveillance médicale obligatoire alors qu'ils constituent une population importante très exposée aux risques professionnels[273].

La circulaire précitée en note considère que la visite médicale effectuée par l'office des migrations internationales à l'égard des saisonniers d'origine étrangère peut tenir lieu de visite d'embauche. Outre qu'elle a fait l'objet de vives critiques[274], cette visite n'a à l'évidence pas cette vocation.

L'article 30 du décret du 11 mai 1982 prévoit facultativement la mise en place d'actions collectives à caractère éducatif consistant à informer, par des réunions sur le lieu de travail, les salariés nouvellement embauchés des risques encourus et des moyens de prévention à mettre en œuvre, qui constituent aujourd'hui le seul moyen réglementé d'approcher ces populations.

L'interprétation contestable de la circulaire précitée pourrait être revue et les textes aménagés de manière à envisager les mesures en vue de mieux prendre en charge ces populations à risques et, par exemple, à inciter

ces salariés à se soumettre à une visite facultative gratuite entre deux activités saisonnières.

B - Des populations non assujetties mais prises en charge

On comprend que certains services de médecine du travail en agriculture, pour conserver une taille de nature à garantir leur maintien ou leur qualité, concluent des conventions nationales ou locales couvrant des populations non assujetties. En revanche, il faut que les modalités d'élargissement de l'activité des services concernés respectent un minimum de règles et que cette activité parallèle ne porte pas préjudice aux populations de la compétence initiale de la médecine du travail en agriculture.

Au-delà de la prise en charge, par les services de la médecine du travail, d'autres populations relevant du secteur agricole comme les élèves de l'enseignement agricole privé et ceux des maisons familiales (7 571 élèves), ou les adhérents volontaires (250 exploitants agricoles), la tendance, depuis 1994, est au développement des conventions passées avec les employeurs de salariés non assujettis au régime agricole.

Trois conventions ont été passées au niveau national, déclinées au niveau local, pour lesquelles un tarif national a été fixé : les services déconcentrés du ministère de l'agriculture et de la pêche (350 F en 1998 par agent), l'association de formation et d'action sociale des écuries de courses (300 F en 1998 par élève), et, conclue en 1999, les agents de l'office nationale de la chasse (379,68 F par visite).

En ce qui concerne les conventions locales, il apparaît clairement à la lecture des rapports des COREC/CODEC que les services de médecine du travail ont tendance à privilégier ces publics sélectionnés. Par ailleurs, à prestations équivalentes, les tarifs pratiqués localement non seulement sont très différents selon les partenaires, mais surtout ne couvrent jamais, à une exception près, le coût de revient de l'examen.

Une caisse facture une prestation identique à un prix allant de 300 F pour les employés des services extérieurs du ministère de la justice (soit moins que pour ceux du ministère de l'agriculture) à 585,71 F pour les salariés de La Poste ; alors que le coût standard de l'examen s'établit à 391,75 F. Pour l'ensemble des autres sections contrôlées par les comités d'examen des comptes, les prix facturés dans le cadre des conventions locales se sont révélés être en deçà du coût réel de la prestation.

Les pratiques de trois des services de médecine du travail contrôlés pénalisent particulièrement les salariés agricoles puisque les conventionnés y représentent respectivement 25,29 %, 35,87 % et 38,72 % de la population surveillée alors que cette dernière ne bénéficie pas, loin s'en faut, de l'obligation de visite annuelle, que le nombre important de conventionnés n'a pas permis de donner la priorité à la surveillance des salariés agricoles ni de respecter, en l'absence de moyens supplémentaires, le ratio d'un médecin pour 3 000 salariés imposé par les textes.

En 1998, 14 % des examens pratiqués l'ont été à destination de populations conventionnées, dont certaines n'ont, parfois, aucun lien avec le monde agricole.

De surcroît, ces pratiques ne sont pas toujours légales. L'augmentation du nombre des conventions passées avec les caisses ou les associations a pu, dans certains cas, amener ces dernières à effectuer une prestation de médecine du travail alors même que les organismes contractants étaient, par ailleurs, couverts par le régime général de sécurité sociale.

Plusieurs cas ont été relevés lors de l'examen des conventions par les inspecteurs des COREC/CODEC : une caisse de MSA commune à trois départements a conclu vingt-cinq conventions avec des structures, associations ou sociétés, qui ne relèvent pas du régime agricole et qui sont, par ailleurs, couvertes par une autre réglementation. Parmi celles-ci, on relève des entreprises de main-d'œuvre temporaire qui se sont ainsi mises en infraction avec certaines dispositions du décret du 11 mai 1982 aux termes desquelles "l'examen médical d'embauche prescrit à l'article 30 est effectué par le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire". De la même façon, une caisse de mutualité sociale agricole a conclu une convention avec une structure associative alors que cette entreprise relève du régime général et se trouve donc exclue du champ d'application de la médecine du travail en agriculture.

Il serait urgent de procéder à une renégociation de ces conventions, locales comme nationales, et de respecter

les textes en vigueur.

Enfin, la pratique en matière d'examens médicaux fait apparaître des incohérences. Les salariés agricoles ont bénéficié en 1998 de 491 670 examens dont 78,5 % au titre des examens systématiques, 15 % pour les examens d'embauche dont 53 % d'entre eux effectués dans le mois suivant cette dernière alors que les examens de préreprise (1 %) ou de reprise du travail (2,2 %) restaient marginaux, en partie à cause de la sous-information du médecin du travail par les services de la caisse lors de la reprise en cas d'arrêt de plus de 21 jours (50 % des caisses de l'échantillon).

Les examens complémentaires réalisés par le médecin du travail en vue d'assurer le suivi des situations individuelles (aptitude médicale à l'emploi, dépistage des maladies professionnelles…) progressent puisqu'ils totalisent 312 870 examens en 1998 contre 242 897 en 1997

Cependant, ces nombres recoupent des réalités locales très contrastées et la mise en œuvre des examens prévus pour des populations sensibles est fréquemment très partielle : trois des douze sections vérifiées par les COREC/CODEC présentaient un nombre insuffisant d'examens obligatoires pour des risques particuliers (119 pour une caisse, 1465 pour une autre, 3000 pour une troisième) ; trois caisses ne pratiquaient pas les prélèvements et analyses prévus en milieu de travail. Les surveillances médicales à destination des salariés soumis à un risque particulier qui ont représenté, en 1998, 1,2 % du total des examens (contre 2,1 % en 1997) étaient peu mises en œuvre dans cinq sections de l'échantillon.

RECOMMANDATIONS

1. Etudier la possibilité de mettre en place une cotisation forfaitaire de base et une compensation au profit de ceux des services qui doivent respecter des sujétions différentes.

2. Redéfinir les interventions en milieu de travail en organisant le cadre, le suivi, l'évaluation et en renforçant la surveillance des petites unités agricoles.

3. Pour qu'elles respectent les textes, modifier les conventions passées au niveau national en vue de permettre à la médecine du travail en agriculture de prendre en charge des populations non assujetties sans pour autant porter préjudice aux populations assujetties.

4. Revoir les modalités selon lesquelles les examens complémentaires sont prescrits, de manière à garantir que les situations particulières sont bien prises en compte.

5. Étudier les modalités d'une meilleure prise en charge des saisonniers accomplissant moins de 40 jours de travail dans une année.

6. Rendre effective la couverture des exploitants agricoles par la médecine du travail en agriculture.

Réponse

---

[270] Sections des caisses de la mutualité sociale agricole du Cantal, de Charente-Maritime, du Doubs, d'Indre-et-Loire, de Lorraine, de la Manche, de la Mayenne, de la Moselle, des Hautes-Pyrénées, du Rhône, du Tarn-Aveyron et association de la Marne, des Ardennes et de la Meuse.

[271] Articles 1000-1 à 1000-5 du code rural ; L. 241-1 à L. 241-11 du code du travail ; décret n° 82-397 du 11 mai 1982.

[272] Circulaire du ministère de l'agriculture du 19 décembre 1988 DEPSE/SDTE/SDPS/C88/N° 7033 dont le point 5.9 précise qu' " …il convient de tenir compte du fait qu'une fraction non négligeable des salariés agricoles travaillant moins de 40 jours dans l'année civile peut échapper à toute possibilité d'examen [l'article 30 du décret de 1982 prévoit 3 mois pour réaliser la visite d'embauche] et que les saisonniers étrangers titulaires d'un contrat d'introduction [de l'OMI] ne sont pas soumis à la visite médicale prescrite par l'article 30 (du décret du 11 mai 1982) …".

[273] Selon une enquête portant sur "la connaissance des activités saisonnières" de la CCMSA publiée en 1997, 50 % des employés saisonniers (quelle que soit la durée de l'embauche) étaient soumis dans leurs travaux à au moins trois risques majeurs.

[274] Rapport public de la Cour des comptes de 1997.

LA SECURITE SOCIALE

Sommaire

CHAPITRE II

Les dépenses de la sécurité sociale en 1999

Les dépenses des régimes de base de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, se sont élevées, en 1999, à 1 797 MdF, en progression de 3,0 % par rapport à 1998. L'évolution est de 3,1 % pour la famille, 3,2 % pour la vieillesse, 3,1 % pour les accidents du travail, et 2,7 % pour la maladie.

Les dépenses liées à la famille justifient encore cette année un examen particulier. En effet, la loi de financement pour 1999 contenait des dispositions importantes, annoncées lors de la conférence de la famille de juin 1998 : suppression de la mise sous condition de ressources des allocations familiales instaurée dans la précédente loi de financement et modification des conditions d'attribution de l'allocation de rentrée scolaire.

Par ailleurs, s'agissant de la branche vieillesse, la loi de financement pour 1999 a institué un fonds de réserve pour les retraites (cf. chapitre III, *infra*, p. 121) et a réformé l'assurance veuvage.

Elle comporte également des dispositions concernant la branche maladies professionnelles-accidents du travail relatives en particulier aux salariés souffrant de maladies liées à l'amiante.

Quant à la branche maladie, ce chapitre l'examine sous trois rapports : les dépenses de 1999 -l'ONDAM a été dépassé d'environ
11,3 MdF-, les indemnités journalières, enfin la dotation globale aux établissements (hôpitaux publics, cliniques privées, établissements médico-sociaux) et la répartition régionale de cette dernière. Dans le cas des hôpitaux publics, le montant global de cette dotation, comme sa répartition régionale, ont été modifiées par l'accord de mars 2000.

section I :
Les objectifs de dépenses

La loi de financement (article 42) fixe les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités de droits propres. L'objectif d'ensemble (1789,1 MdF) est dépassé de 8,1 MdF. Cet écart résulte principalement du surcroît de dépenses de la branche maladie et du coût de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire, non prise en compte, comme les années précédentes, dans la loi de financement initiale.

Les dépenses des régimes obligatoires de base. Objectifs et réalisations

(en MdF)

Branche	Maladie-maternité-invalidité-décès	Vieillesse-veuvage	Accidents du travail	Famille	Total des dépenses
Réalisations LFSS pour 1998 (sept. 1999) (1)	687,0	753,5	51,1	253,3	1 744,8
Objectifs LFSS pour 1999 (2)	697,8	781,4	53,0	256,9	1 789,1
Prévisions d'exécution (sept. 1999)	709,8	779,1	53,5	264,3	1 806,6
Réalisations connues en (juillet 2000) (3)	705,8	777,8	52,7	260,9	1 797,2

Réalisations 1999/réalisations 1998 (3)/(1) (en %)	2,7	3,2	3,1	3,1	3,0
Ecart entre les réalisations et les objectifs (3)-(2)	8,0	-3,6	-0,3	+4,0	8,1

Si l'on compare les dépenses, non plus par rapport à l'objectif de la loi de financement, mais par rapport à leur montant en 1998, on constate une augmentation globale de 3,0 % des dépenses de sécurité sociale comprises dans le champ de la loi de financement. Les dépenses des branches famille, accidents du travail et vieillesse ont enregistré une progression légèrement supérieure tandis que celles de la branche maladie ont progressé de 2,7 %. Pour apprécier son importance, cette dernière évolution peut être comparée à la progression des dépenses de consommation des ménages : 2,9 % en valeur en 1999.

Cette section n'a pas appelé de réponse

Sommaire

Section II :
Les dépenses de la branche famille

Comme pour les années antérieures, la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) n'avait pas été intégrée à l'objectif de dépenses de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 1999. Le montant de cette majoration s'est élevé à 6,4 MdF. Hors majoration de l'ARS, les dépenses totales de la branche famille se sont établies, en 1999, à 254,5 MdF.

Seule l'évolution des prestations familiales de métropole est examinée ici. Les prestations familiales versées en métropole (hors allocation handicapés adultes) ont progressé en 1999 de 2,9 %. Cette augmentation est la résultante de trois facteurs : des facteurs sociodémographiques, l'indexation des prestations et surtout, en 1999, les modifications de la législation.

I - Les facteurs sociodémographiques

Le nombre et la structure par taille des familles évoluent lentement, mais la sensibilité du compte aux variables démographiques n'est pas négligeable.

L'augmentation des naissances depuis 1993 (+3,3 %) se répercute rapidement sur les dépenses compte tenu du poids des prestations affectées aux premières années de l'enfance. A l'autre extrême, la prolongation spontanée de la scolarité au-delà de 18 ans explique l'allongement de la durée moyenne de perception des prestations familiales.

A ces deux titres, l'évolution démographique des dernières années a été un facteur de croissance des dépenses.

En revanche, le flux des sortants du champ des prestations familiales, correspondant aux naissances des années 1979/1980, est plus élevé que le flux des entrants : 800 000 naissances en 1980, 740 000 actuellement. Surtout, la structure des familles sortantes et entrantes est profondément différente, avec une forte diminution des familles nombreuses. Comme le système de prestations est très progressif avec la taille de la famille, ces deux mouvements freinent, toutes choses égales d'ailleurs, la hausse des prestations.

II - L'indexation des éléments des barèmes des prestations

La base mensuelle des allocations familiales (BMAF), sur laquelle sont indexées plus de 75 % des prestations, a été augmentée conformément aux dispositions de la loi du 25 juillet 1994, article 36, qui prévoit son indexation sur les prix hors tabac, avec régularisation au titre d'un éventuel écart entre la hausse des prix constatée de n-1 et le taux prévisionnel retenu lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour la même

année.

En 1999, la BMAF a été ainsi revalorisée de 0,71 %, taux résultant de l'évolution prévisionnelle des prix en moyenne annuelle en 1999 (1,2 %) et de la régularisation négative (-0,5 %) correspondant à la différence entre l'évolution réelle des prix en 1998 (0,8 %) et celle ayant servi de base à la revalorisation de la BMAF au 1er janvier 1998 (1,3 %).

Les plafonds retenus pour les prestations sous conditions de ressources (en dehors des aides au logement) ont été revalorisés au 1er juillet 1999 de 0,8 %, ce qui correspond à l'évolution en moyenne annuelle des prix hors tabac en 1998. Comme les revenus retenus dans l'assiette de calcul de ces prestations ont progressé légèrement plus vite, on constate une très légère diminution du nombre de bénéficiaires, un certain nombre de ménages passant au-dessus des plafonds d'exclusion.

Les éléments des barèmes des aides au logement ont été revalorisés au 1er juillet 1999 : les paramètres homogènes aux ressources l'ont été de 0,6 %, comme les prix ; les loyers plafond (qui sont un élément déterminant de l'évolution des aides au logement, puisque près de 70 % des allocataires ont un loyer ou des charges d'accession à la propriété supérieurs aux plafonds) ont été pour la plupart revalorisés sur la base de l'indice de la construction, soit +0,1 % (à comparer aux 2,1 % de l'indice des loyers) ; cependant, les plafonds de l'allocation de logement familial ont été augmentés de façon spécifique conformément au plan triennal qui prévoit leur alignement sur ceux de l'aide personnalisée au logement (cette revalorisation a coûté 300 MF). Quant au forfait de charges, il a été revalorisé de 1,3 %, taux de croissance des charges suivies dans le panel usuellement utilisé pour les revalorisations annuelles.

III - Les modifications de la législation des prestations familiales

Les modifications de la législation des prestations familiales, troisième facteur explicatif, ont été importantes en 1999 et expliquent largement la hausse de la dépense.

A – Le retour à l'universalite des allocations familiales

Le gouvernement avait proposé à la conférence sur la famille de juin 1998 que les allocations familiales soient rétablies pour l'ensemble des familles, que l'avantage fiscal lié au quotient familial soit réduit par un abaissement du plafond, enfin que l'Etat prenne à sa charge l'allocation de parent isolé (API) pour limiter la dégradation du compte de la CNAF qui résultait du rétablissement de l'universalité des allocations familiales.

Conformément à l'article 18 de la loi de financement, l'universalité du versement des allocations familiales a été restaurée. La mesure est intervenue au 1er janvier 1999 (pour la mensualité payée le 5 février, donc pour 11 mensualités dans le compte 1999). La charge correspondante a été évaluée par la direction de la sécurité sociale (DSS) à 4,7 MdF (5,1 MdF en année pleine).

On remarquera que les dépenses d'allocations familiales ont progressé de 3,2 MdF en 1999. Les éléments disponibles ne permettent pas de rendre complètement compte de l'évolution constatée qui est la résultante de plusieurs facteurs, d'ordre réglementaire ou démographique, dont les effets sont de sens opposés. Il serait souhaitable que cette question soit approfondie. Plus généralement, on peut regretter que le système de suivi ne permette pas d'apprécier l'incidence réelle des réformes de la réglementation.

L'article 2 de la loi de finances pour 1999 a plafonné le quotient familial à 11 000 F par demi-part (contre 16 389 F en 1998). Par ailleurs, l'Etat a pris en charge l'allocation de parent isolé dont le montant a été de l'ordre de
4,5 MdF en 1999 (cf. chapitre précédent).

Au total, si on agrège les résultats cumulés des réformes intervenues entre 1997 et 1999, le compte de la CNAF a été allégé du montant de l'API (4,5 MdF) et celui de l'Etat a été légèrement alourdi du solde entre les charges d'API et les plus-values de recettes fiscales résultant du plafonnement du quotient familial (1,3 MdF). Les ménages aisés ont supporté la majoration du rendement de l'impôt sur le revenu, estimée à environ
3,2 MdF.

B - Le recul à 20 ans de l'âge limite de bénéfice des prestations familiales

L'âge limite pour bénéficier des prestations familiales était fixé à 18 ans (sauf pour les enfants poursuivant leurs études qui bénéficiaient des prestations jusqu'à 20 ans) pour autant que les gains professionnels des jeunes concernés dans l'année de référence soient inférieurs à 55 % du SMIC brut. Il avait été porté à 19 ans au 1er janvier 1998 dans les mêmes conditions de revenu. Il est désormais fixé à 20 ans (décret n° 98-1213 du 29 décembre 1998).

Ces mesures ont bénéficié le plus souvent à des familles modestes dont l'enfant est inactif et n'est pas pris en charge par les dispositifs d'insertion professionnelle.

Le coût de la mesure est estimé par la DSS à 530 MF pour le passage à 19 ans et à 1,06 MdF pour le passage à 20 ans, en prestations légales. La charge de cette dernière étape est plus élevée dans la mesure où, avec la prolongation spontanée de la scolarisation, la proportion de jeunes maintenus dans le champ des prestations familiales est plus élevée entre 18 et 19 ans qu'entre 19 et 20 ans. Il convient d'ajouter à ce coût en prestations la charge correspondante en assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), estimé à environ 0,9 MdF pour 67 000 bénéficiaires. Il s'agit en l'espèce d'un transfert de la CNAF à la CNAV, donc sans conséquence sur le solde du régime général (sur l'AVPF, cf. chapitre XIII, *infra*, p. 483). Le coût pour la CNAF des mesures successives de recul de l'âge limite de bénéfice des prestations familiales peut donc être évalué à 2,5 MdF.

Simultanément, l'âge d'attribution des majorations pour âge des allocations a été reculé d'une année, de 10 à 11 ans et de 15 à 16 ans. L'économie a été évaluée par la DSS à 1,9 MdF en année pleine (0,87 en 1999 du fait que la mise en œuvre effective des majorations dépend de l'arrivée des enfants des familles concernées à l'âge pertinent).

C – L'extension de l'allocation de rentrée scolaire

L'article 19 de la loi de financement prévoit l'extension de l'allocation de rentrée scolaire et de sa majoration aux familles ayant un enfant à charge sous réserve de la condition de ressources. Jusqu'à présent, le bénéfice de la mesure supposait de percevoir une autre prestation familiale, l'APL ou le RMI.

Au-delà de la période d'obligation scolaire, l'allocation est également versée pour chaque enfant âgé de moins de dix-huit ans, dont la rémunération est inférieure à 55 % du SMIC et qui poursuit des études ou est placé en apprentissage.

L'impact financier de la mesure était évalué par la DSS à 560 MF
(150 MF pour la CNAF et 410 MF pour l'Etat au titre de la majoration) alors que le montant total de l'ARS s'est élevé à 8,75 MdF en 1998. Le nombre de familles potentiellement bénéficiaires était estimé par la CNAF à 350 000.

La mesure d'extension n'aurait en fait concerné qu'environ 170 000 familles, tandis que les dépenses au titre de l'ARS en 1999 diminuaient de
0,6 % par rapport à 1998. Pourtant sur la base du nombre de familles qui ont effectivement bénéficié de l'ARS, la dépense à ce titre aurait dû progresser de 310 MF environ. Il serait sans doute souhaitable que soient approfondies les raisons (amélioration des revenus, démographie, demandes non formulées,…) de cette évolution *a priori* inattendue.

D - Les effets de la réforme de l'AGED

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 a modifié les conditions d'octroi de l'allocation pour la garde d'enfants à domicile (AGED) ; parallèlement, la loi de finances pour 1998 a diminué de moitié la réduction fiscale pour emplois familiaux.

Ces réformes ont continué à produire leurs effets en 1999. L'impact de la restriction du dispositif ne s'est fait sentir de façon substantielle qu'à partir de septembre 1998. Les effectifs sont passés de 82 000 fin 1997 à 65

000 fin 1999.

Les dépenses diminuent fortement (moins 689 MF en 1999 par rapport à 1998, soit une baisse de 42,2 %) après le recul déjà significatif constaté en 1998 (-13,6 %). En deux ans, les dépenses d'AGED ont été réduites de moitié.

Cette réforme appelle deux remarques.

D'abord, l'impact sur la situation financière des ménages est très difficile à apprécier. Il dépend de leurs comportements. Ont-ils réduit le recours à une employée de maison ? Ont-ils maintenu le taux d'emploi mais en le sous-déclarant pour ajuster l'emploi déclaré aux nouvelles conditions de l'AGED ?

D'autre part, la baisse des dépenses correspond à l'économie brute pour la CNAF. Mais le gain net dépend, lui, de l'impact de la réforme sur l'emploi déclaré et il n'y a économie pour l'ensemble des comptes sociaux que si le volume de l'emploi est resté stable ; dans le cas contraire (réduction objective ou sous-déclaration), les cotisations encaissées par les régimes sociaux (régime général, ASSEDIC et IRCEM[40]) diminuent.

OBSERVATION : La Cour enregistre que, pour ce qui est des allocations familiales et surtout pour l'allocation de rentrée scolaire, des écarts significatifs peuvent être notés entre les prévisions ex ante *des effets des modifications réglementaires intervenues et les évolutions qui apparaissent dans les comptes de la CNAF. Par ailleurs, les évolutions constatées ne peuvent être totalement expliquées par les éléments à la connaissance de la Cour.*

RECOMMANDATION

La CNAF et la DSS doivent conduire des études permettant de mieux comprendre les évolutions survenues.

Cette section n'a pas appelé de réponse

[40] IRCEM : institut de retraite complément aire des employés de maison.

Sommaire

Section III :
Les dépenses de la branche vieillesse

Les dépenses pour la vieillesse dans le champ de la loi de financement (qui exclut les régimes complémentaires obligatoires et les régimes obligatoires de base comptant moins de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres) se sont élevées à 777,8 MdF. Une comparaison avec les objectifs de dépenses fixés à l'article 42 de la loi de financement pour 1999, soit, pour la vieillesse et le veuvage, 781,4 MdF, montre que l'objectif a été respecté.

I – L'évolution des prestations vieillesse du régime général

Les prestations du régime général se sont établies en 1999 à 349,1 MdF en métropole. Leur progression est, comme en 1998, de 3,8 %. En volume[41], les pensions de droits directs financées par le régime général progressent de 2,7 % en 1999 (contre 2,9 % en 1998). Ces évolutions sont à peu de choses près conformes à la prévision, et confirment la tendance au tassement de ces prestations.

Au sein de ces prestations, les pensions directes normales (74 % du total) augmentent en volume de 3,6 % en 1999, après 3,9 % en 1998.

L'article 37 de la loi de financement 1999 a mis en place, pour une période d'un an, un mécanisme de

revalorisation basé sur le taux prévisionnel d'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation (hors tabacs). Cela a conduit à une revalorisation des prestations vieillesse de 1,2 % au 1er janvier 1999. Si on avait continué d'appliquer le dispositif précédent (qui n'était applicable que pour une durée de cinq ans aux termes de la loi 93-936 du 22 juillet 1993), la revalorisation aurait été, compte tenu des évolutions prévisionnelle (1,3 %) et effective (0,8 %) des prix en 1998, de 0,7 % seulement.

Le ralentissement de l'évolution en francs constants des pensions financées par le régime général tient à l'évolution naturelle de la démographie des bénéficiaires, ainsi qu'aux effets de la réforme du 22 juillet 1993 (allongements progressifs de la durée d'assurance de 150 à 160 trimestres, et de la période de référence servant au calcul du salaire moyen de 10 à 25 ans). Ces économies sont modestes dans les premières années puisque la mesure d'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir le taux plein, dont l'impact actuel est faible, n'atteindra son régime de croisière qu'en 2003, et celle portant sur la période de référence du salaire moyen qu'en 2008.

Les autres types de pensions ont évolué de la façon suivante.

Les pensions d'inaptitude (47,3 MdF en 1999) sont servies, à partir de 60 ans au taux plein sans condition de durée d'assurance, aux assurés que leur état de santé a rendu inaptes au travail. Depuis l'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans en 1983, de nombreuses personnes, qui auraient pu partir avec une pension d'inaptitude, partent à la retraite avec une pension directe normale. Ainsi, la progression du volume de ces prestations a d'abord eu tendance à ralentir, puis a fait place à une baisse depuis 1996.

Les pensions "directes ex-invalides" (28,9 MdF en 1999) sont servies aux assurés qui bénéficiaient, avant l'âge de 60 ans, d'une pension d'invalidité. La progression du volume de ces prestations a poursuivi son fléchissement : +0,8 % en 1999 après +1 % en 1998.

Les pensions de réversion dites normales, c'est-à-dire qui ne sont pas cumulées avec une pension de droit direct (15,6 MdF en 1999) ont continué de diminuer en 1999 (-0,9 % après -1,2 % en 1998). Sous l'effet conjugué de l'augmentation de l'activité féminine, de l'abaissement de l'âge de la retraite et du recul de la mortalité, cette diminution se fait au profit de la situation où il existe à la fois des pensions de réversion et de droit direct.

En ce qui concerne le minimum vieillesse, l'"allocation supplémentaire" de l'article L. 815-2 du code de la sécurité sociale (ex-FNS) (5,7 MdF en métropole) connaît une baisse en francs constants de 0,9 %, moins forte que celle de 1998 (-2,8 %) et que celle de la période 1994-1997 (-5 à 6 %). Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, ce ralentissement résulte des dispositions de la loi du 11 mai 1998, dite "loi Chevènement", qui suppriment les conditions de nationalité sur le territoire français pour bénéficier du minimum vieillesse.

La majoration de l' "allocation spéciale", prévue à l'article
L. 814.2 du code de la sécurité sociale (2,5 MdF en 1999) progresse toujours vivement : elle a crû en francs constants de 11,8 % en 1999 (après 13,9% en 1998) en raison d'une augmentation des effectifs, du fait probablement qu'aucune condition de résidence ou de nationalité ne conditionne le service de cette allocation.

L'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 introduit une réforme de l'assurance veuvage (qui représente 590 MF en 1999), et précise la règle de calcul du plafond de cumul d'une pension de réversion avec des avantages personnels de vieillesse.

La réforme de l'assurance veuvage comporte deux éléments. En premier lieu, il est désormais exigé une durée minimum d'affiliation à l'assurance vieillesse de l'assuré décédé. Le décret en Conseil d'Etat du 14 mai 1999 a précisé cette condition : l'assuré décédé doit avoir été affilié à l'assurance vieillesse pendant trois mois au cours des douze derniers mois précédant le mois de son décès.

Le second élément de réforme inscrit dans la loi concerne la durée et le montant de l'allocation. L'allocation veuvage, qui était versée pendant trois ans et dont le montant était dégressif au cours de ces trois années, est désormais versée pendant deux ans avec un montant fixe (décret en Conseil d'Etat du 14 mai 1999). Le deuxième alinéa de l'article de la loi précise que les bénéficiaires qui ont atteint l'âge de cinquante ans au

moment du décès de leur conjoint perçoivent l'allocation jusqu'à cinquante-cinq ans.

Enfin, des dispositions spécifiques ont été prévues pour les personnes en cours d'indemnisation au 1er mars 1999, date du changement de règles. Les personnes qui sont en deuxième année sont maintenues dans l'ancien système, sauf si elles demandent à bénéficier des nouvelles dispositions. Les personnes qui sont en troisième année conservent leur allocation jusqu'à la fin de cette troisième année. Ce mécanisme ne concerne pas les personnes qui bénéficient de l'allocation jusqu'à 55 ans, et auxquelles s'applique le nouveau système (montant unique).

Le changement de règles s'est traduit par une nette inflexion de la croissance du volume des prestations : +6,4 % en 1999, après 15,4 % en 1998 et 11 % en 1997.

Enfin, **l'article 39** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 vise les conditions de cessation d'activité exigées pour le service d'une pension de retraite par le régime général, le régime des salariés agricoles, les régimes spéciaux, le régime des non-salariés agricoles, les régimes des artisans et des commerçants. En principe, le service d'une pension de retraite est subordonné à la cessation de l'activité professionnelle. Néanmoins, certaines activités sont compatibles avec le service de la pension. Par ailleurs, la cessation d'activité n'est naturellement pas exigée pour le service d'une pension versée dans le cadre de la retraite progressive, qui permet simultanément l'exercice d'une activité à temps partiel et le service d'un fraction de la pension de retraite. L'article 39 prévoit la prolongation des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 1999.

Cette section n'a pas appelé une réponse

---

[41] L'effet volume combine l'évolution du nombre de bénéficiaires des différentes allocations avec celle de la prestation moyenne en francs constants.

Sommaire

Section IV :
Les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Les dépenses "accidents du travail et maladies professionnelles" ont été évaluées par la direction de la sécurité sociale à 52,7 MdF (contre 51,1 MdF en 1998). Cette dépense est très légèrement inférieure à l'objectif figurant dans la loi (53 MdF).

Dans cette branche, le régime général représente environ 80 % de l'ensemble, soit 45,5 MdF en 1999 selon l'évaluation de la commission de la sécurité sociale du printemps 2000. Cette dernière somme recouvre en particulier les rentes d'incapacité permanente (20,9 MdF) qui ont cru modérément en valeur en 1999 (+0,7 %) sous l'effet de la revalorisation intervenue au 1er janvier 1999 et de plusieurs mesures réglementaires. La progression aurait été plus forte si les dispositions concernant les maladies liées à l'amiante (voir ci-dessous) avaient effectivement exercé leur effet en 1999. En volume, la tendance à la baisse des rentes d'incapacité permanente s'est poursuivie.

Par ailleurs, la loi de financement 1999 contient deux articles relatifs aux maladies professionnelles, notamment à celles liées à l'amiante. **L'article 40** modifie les règles de prescription des demandes de reconnaissance de maladies professionnelles et lève la prescription pour les dossiers de maladies liées à l'amiante.

L'article 41 crée une allocation de cessation anticipée d'activité pour les salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante. Un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante destiné à financer l'allocation de cessation d'activité est mis en place. Ses ressources seront constituées d'une contribution de l'Etat et d'un versement de la branche AT-MP. En 1999, la totalité des dépenses du fond a été prise en charge par l'Etat. Le montant des allocations brutes comptabilisées

par les CRAM s'est élevé en 1999 à près de 40 MF et les frais de gestion à 0,7 MF. Par ailleurs, les charges relatives aux cotisations de retraite complémentaire et d'assurance volontaire vieillesse se sont élevées respectivement à 4,9 MF et 7,4 MF.

Cette section n'a pas appelé de réponse

Sommaire

Section V :
Les dépenses d'assurance maladie

Les dépenses incluses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) se sont établies en 1999 à 641,2 MdF, soit un dépassement de 11,9 MdF par rapport à l'ONDAM fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (sur l'ONDAM, cf. le rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999, et le chapitre IV, *infra* p. 143).

Le surcroît de dépenses est, comme en 1998, principalement imputable aux soins de ville (de l'ordre de 44,5 % des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM), alors que l'augmentation des dépenses des établissements est restée limitée.

Par rapport au niveau effectif des dépenses dans le champ de l'ONDAM qui avait été atteint en 1998, l'évolution est de 2,8 %. Cela confirme que le niveau de l'objectif 1999 pour les soins de ville était en fait irréaliste car, compte tenu de ce niveau atteint à fin 1998, la réalisation de l'objectif 1999 aurait supposé que les soins de ville diminuent d'environ un demi point.

Plusieurs facteurs perturbent l'appréciation exacte des dépenses : la mise en place d'une nouvelle chaîne de traitement pour la liquidation des dossiers (PROGRES) a entraîné dans l'été 1999 un allongement des délais de liquidation et ces retards n'ont été qu'en partie résorbés par la suite. En outre, pour éviter des risques lors du passage à l'an 2000, un arrêt technique a eu lieu le 31 décembre[42]. Du fait de ces événements, l'évolution de la consommation réelle de soins en 1999 a été sous-évaluée (et, par contrecoup, celle de 2000 sera surévaluée)[43].

Si au lieu des données comptables on retient les dépenses en date de soins telles que la CNAMTS les établit désormais, le ralentissement de la consommation de soins ne se voit plus globalement : elle a augmenté à peu près au même rythme en 1998 et 1999 (cf. la réponse de la CNAMTS jointe à ce rapport). Toutefois, un constat demeure, quelle que soit la série : la progression des honoraires des médecins généralistes et de ceux des dentistes a ralenti, ce qui n'a pas été le cas pour celle des prescriptions.

Si l'on revient aux données comptables et qu'on considère celles du régime général seul, ses dépenses dans le champ de l'ONDAM ont augmenté de 3,1 %, soit un ralentissement après la forte croissance de 1998 (+ 4,2 %). Même s'il s'explique en partie par les circonstances de la fin 1998, qui viennent d'être évoquées, ce ralentissement est quasiment parallèle à celui de la consommation des ménages, dont le taux de croissance est revenu de 4,1 % en 1998 à 2,9 % en 1999. Les prestations maladie du régime général ont donc continué à évoluer légèrement plus vite que la consommation globale des ménages. En revanche, elles ont légèrement moins augmenté que la valeur du PIB (3,1 % contre 3,3 %), contrairement à 1998 (4,2 % contre 4 %) : sur deux ans, les deux séries ont ainsi évolué globalement de manière quasi identique.

Après une forte hausse en début d'année, puis un ralentissement dans l'été, une nouvelle accélération des dépenses, amplifiée par le rattrapage partiel des retards de liquidation, est intervenue à partir d'octobre.

Sur les 3,1 points de croissance globale des dépenses remboursées par le régime général, près des deux tiers (2,1 points) sont imputables aux soins de ville, qui ont augmenté de 4,5 %, soit près de deux fois plus vite que le poste hôpitaux (2,3 %).

Ce résultat traduit cependant une décélération du poste soins de ville (+6,2 % en 1998), résultant d'un ralentissement conjoint de ses principales composantes : 1,9 % contre 4,6 % en 1998 pour les professions de santé et le transport des malades, 6,3 % contre 8,1 % pour le médicament, 6 % au lieu de 7 % pour les indemnités journalières.

La croissance du poste soins de ville résulte principalement des prescriptions (+6,5 %), la croissance des dépenses d'honoraires, y compris dentaires, étant restée faible (+0,7 %) : en particulier, déduction faite des effets prix[44], le volume des actes remboursables a baissé de 0,1 % pour les généralistes et augmenté de 1,3 % pour les spécialistes.

En revenant aux données comptables, on peut noter que, parmi les prescriptions, les taux de hausse les plus forts sont ceux des médicaments (+6,3 %), des produits du TIPS (+9,3 %), des transports sanitaires (+6,9 %) et des indemnités journalières (+6,0 %), qui font l'objet d'un développement particulier dans la section suivante.

En ce qui concerne les produits du TIPS, comme l'a montré le chapitre préliminaire de ce rapport, le nouveau dispositif institué par la loi de financement pour 2000, afin d'améliorer les conditions dans lesquelles s'effectuent l'admission au remboursement et la fixation des prix, n'était pas encore en place au début de juin 2000.

Le poste médicaments a crû deux fois et demi plus vite que l'objectif fixé (2,5 %). Cette croissance incorpore certes l'effet en année pleine de la distribution en pharmacie de ville, à partir de 1998, de médicaments jusqu'alors exclusivement disponibles à l'hôpital, et l'effet d'une décision de même type pour d'autres médicaments en 1999 (cf. chapitre IV, *infra*, p. 143), effets qui ne sont pas exactement connus mais qui semblent compris entre 500 MF et 1 MdF. D'autre part, elle est nettement plus faible que celle constatée sur les autres grands marchés mondiaux[45]. Enfin, elle est imputable pour l'essentiel à un nombre limité de classes thérapeutiques.

Cependant, cette évolution doit être rapprochée de l'accord signé en juillet 1999 entre le comité économique du médicament et le syndicat national de l'industrie pharmaceutique, et du début d'un développement significatif des médicaments génériques. Elle n'est pas inférieure à la moyenne des années précédentes (+ 4,5 % en 1996, +5,5 % en 1997, +8,1 % en 1998 mais y compris la sortie évoquée ci-dessus de certains médicaments de la "réserve hospitalière"). Les baisses de prix obtenues en 1999 par le comité économique du médicament ne représentent que 185 MF d'économie en année pleine sur les remboursements.

Le système actuel prévoit que le respect de l'objectif de dépenses de médicaments (2,5 % en 1999) est assuré par le versement d'une contribution à la charge de l'industrie pharmaceutique, qui se déclenche lorsque l'objectif est dépassé. Toutefois, les fabricants qui passent une convention avec le comité économique du médicament versent une ristourne et sont exonérés du paiement de cette contribution. L'évolution des dépenses de médicaments décrite plus haut montre que ce dispositif de régulation contractuelle, s'il assure des ressources aux régimes, ne constitue pas à proprement parler un mécanisme d'encadrement des dépenses. La somme des contributions versées par les laboratoires qui n'ont pas conclu de conventions (75 MF) et des ristournes acquittées par ceux qui en ont signé une (838 MF) ne représente que 913 MF[46] au titre de 1999 (1,2 MdF au titre de 1998), ce qui est très inférieur au dépassement de l'objectif, qui est sans doute compris entre 2,5 et 3 MdF selon l'estimation de l'effet de l'autorisation de vente en officine de certains médicaments. Le seuil de déclenchement ne joue donc pas comme un plafond et n'est pas, en conséquence, un véritable objectif : tout se passe comme si une progression beaucoup plus forte que 2,5 % avait été admise dès le départ. Au surplus, la contribution et les ristournes versées au titre de 1999 ayant été inférieures à celles acquittées au titre de 1998, le mécanisme a été sans effet sur la croissance nette des dépenses. La clarté de l'information fournie au Parlement et des mécanismes mis en œuvre voudrait que, soit un objectif plus réaliste soit fixé, soit le mécanisme de la contribution soit revu.

Des progrès apparaissent ainsi indispensables dans les méthodes d'encadrement ou de contrôle de ces trois postes -indemnités journalières, TIPS et médicaments- qui ont représenté pour le régime général 119 MdF de dépenses en 1999 et dont l'évolution est particulièrement rapide.

Par contraste avec les soins de ville, le poste hôpitaux publics a augmenté modérément (2,3 %) et s'est situé, comme en 1998, en deçà de l'objectif (-840 MF), essentiellement en raison d'une croissance plus rapide que prévu des dépenses restant à la charge des assurés sociaux. Il est vrai que, comme l'a montré la Cour dans son

rapport de septembre 1999, c'est presque par construction que l'enveloppe globale des hôpitaux est respectée.

Le poste des cliniques privées a diminué (-0,6 %), à la suite des mesures prises en 1999 après le dépassement de leur objectif en 1998 ; alors que leur dépassement avait représenté 511 MF en 1998, elles se situent à 350 MF en deçà de l'objectif en 1999.

Réponse

---

[42] La fin de 1998 avait pour sa part été perturbée par des grèves de services postaux.

[43] La mise en œuvre dans de bonnes conditions d'une comptabilité en droits constatés (cf. *infra* les développements consacrés à ce sujet, chapitre IV, p. 143) devrait permettre de mieux apprécier l'effet sur la trésorerie de ces événements, tout en limitant leur impact sur les évaluations chiffrées des résultats.

[44] l'effet supplémentaire en année pleine en 1999 de la hausse de la lettre clé C en avril 1998 est estimé à 313 MF.

[45] Selon IMS, +10 % à fin mars 2000 pour les douze plus grands marchés mondiaux ; +12 % aux USA-Canada, +10 % en RFA, +8 % au Royaume-Uni à fin 1999.

[46] La somme de la contribution, des ristournes et de l'effet des baisses de prix est de 1,090 MdF, soit un peu plus que ce qu'aurait donné la seule application de la contribution à tous les laboratoires.

Sommaire

Section VI :
Les indemnités journalières versées par l'assurance maladie

Parmi les dépenses d'assurance maladie, la Cour a choisi cette année d'étudier les indemnités journalières (IJ)[47]. Le montant de ce poste, qui représente 26,2 MdF pour le régime général, soit de l'ordre de 5,5 % de l'ensemble de ses dépenses, a en effet fortement augmenté en 1998 et 1999 (de l'ordre de 3 MdF en deux ans). Cette évolution a d'ailleurs conduit, en 1999, le gouvernement, d'une part à demander à la CNAMTS de resserrer ses contrôles, et d'autre part à faire voter par le Parlement, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, une disposition prévoyant que les médecins devront justifier auprès des caisses leurs prescriptions d'arrêts de travail.

Au-delà de l'analyse de l'évolution récente des indemnités (I), cet examen amène la Cour à constater l'insuffisance des études et du suivi tant par la CNAMTS que par les autres caisses nationales (II), la complexité et le caractère parfois inéquitable de la réglementation (III), enfin la faiblesse des contrôles et des méthodologies diffusées pour les contrôles (IV).

I – L'évolution des dépenses et ses facteurs

Le taux d'évolution des indemnités journalières du régime général était négatif ou très faible jusqu'à 1997. Il est passé à 6,6 % en 1998 et 5,2 % en 1999 :

	1994	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**
Evolution des indemnités journalières	- 0,7	+ 2	- 0,4	+ 0,9	+ 6,6	+ 5,2
Eléments pour décomposer l'évolution des IJ :						
1. Actifs cotisants	+ 0,5	+ 1,7	- 0,5	+ 0,9	+ 1,9	

2. Montant moyen des IJ *	+ 1,7	+ 1,7	+ 2,3	+ 1,9	+ 2	+ 1,7
3. Evolution des IJ après déductions de 1 et 2	- 2,9	- 1,4	- 2,2	- 1,9	+ 2,7	
Evolution du nombre de journées indemnisées *	- 2,4	+ 0,3	- 2,7	- 1	+ 4,5	+ 3,5

* L'addition du taux mesurant l'évolution du nombre de journées indemnisées et du taux mesurant celle de leur montant moyen est bien entendu égale au taux d'évolution des IJ (donc de la dépense totale).

L'évolution des indemnités journalières dans les deux dernières années s'inscrit dans le contexte d'une augmentation rapide de l'ensemble des prescriptions. Toutefois, l'exacte appréciation de cette inflexion nécessite de prendre en compte l'augmentation du nombre de salariés susceptibles de bénéficier d'indemnités journalières, augmentation qui a été nettement plus forte que les années précédentes en raison de l'amélioration de la situation de l'emploi. De même, il doit être tenu compte de la hausse du montant moyen des indemnités journalières. Déduction faite de ces deux éléments, 1998 marque certes une accélération, mais d'une part elle apparaît deux fois et demi plus faible que la hausse brute, d'autre part elle succède à quatre années de baisse.

La durée moyenne des arrêts de longue durée a augmenté : de 241 jours en moyenne pour les arrêts de six mois à un an (d'avril 96 à mars 97), elle est passée à 254 d'avril 98 à mars 99. Pour les arrêts de un à trois ans, elle est passée dans le même temps de 687 à 692 jours.

Pour comprendre ces évolutions, il faut peut-être évoquer l'amélioration de la situation de l'emploi, qui aurait conduit certains salariés à modifier le comportement qui avait été le leur pendant les années de plus fort chômage.

Le fait que les hausses en matière d'indemnités journalières soient voisines de celles constatées pour le régime général dans les deux autres régimes d'assurance maladie où existe une indemnisation des arrêts de travail (salariés agricoles + 6,3 % en dépenses et + 7 % en nombre en 1998 ; artisans +5,5 % en dépenses) peut conforter l'idée qu'elles résultent principalement de facteurs économiques et sociologiques généraux.

Pour examiner ces hypothèses et pouvoir agir à bon escient, il serait souhaitable que les responsables de l'assurance maladie et les autorités de tutelle mènent sur l'évolution de ces dépenses une étude précise et détaillée qui n'existe pas aujourd'hui.

II – La connaissance et le suivi

Les outils de connaissance et d'analyse sont en effet insuffisants. Le nombre total d'assurés ayant bénéficié d'un arrêt maladie n'est pas mesuré en continu et n'est pas connu au niveau national : seul est connu le nombre des arrêts. A ce niveau, local et régional, les nombres d'arrêts et d'assurés ayant eu au moins un arrêt ne donnent pas lieu à production systématique de statistique.

Si les CPAM ont les moyens informatiques de repérer quand elles le souhaitent les arrêts répétitifs, aucun suivi systématique n'est organisé pour un repérage plus permanent. De même, aucun repérage systématique n'est fait des cas où les arrêts répétitifs résultent de prescriptions par plusieurs praticiens[48]. L'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), utilisé par la CNAMTS pour des études statistiques sur l'assurance maladie, n'est pas décliné, et ne semble pas déclinable, au niveau régional ; il ne permet donc pas d'analyser les différences, sans doute significatives, entre régions.

L'insuffisance des outils permanents de suivi n'est pas compensée par des études. Aucune enquête spécifique n'a été engagée depuis 1993. L'échantillon EPAS n'a été utilisé qu'en 1999 pour deux études, une rétrospective sur les cinq années précédentes et la seconde sur les caractéristiques des bénéficiaires d'IJ une année donnée. Les fortes disparités entre régions[49] n'ont fait l'objet d'aucune évaluation ni d'une recherche de leurs causes.

Ces lacunes dans la connaissance et le suivi, qui se retrouvent dans les régimes autres que le régime général, contribuent à expliquer les délais de réaction des caisses nationales à l'inflexion des dépenses constatable au début de 1998 : ce n'est qu'en février 2000 que la CNAMTS a réagi, de manière d'ailleurs limitée, en signalant

le problème dans sa lettre d'information. De même, la caisse centrale de MSA a peu réagi et ne fait qu'étudier actuellement les dispositions qui pourraient permettre la mise en place d'un système d'alerte fiable.

III – Une réglementation complexe et parfois inéquitable

La réglementation est très complexe, difficile à appliquer, parfois inéquitable, ce qui conduit à estimer souhaitable de la revoir.

Pendant les trois premiers jours de l'arrêt de travail, l'assuré social ne perçoit pas d'indemnités journalières. Ce délai de carence a été institué pour freiner la tentation de demandes abusives de congés maladie. Mais aujourd'hui, dans de nombreuses branches d'entreprises, les conventions collectives prévoient que l'employeur prend en charge la rémunération pendant cette période. Le système joue donc en défaveur des salariés travaillant dans les entreprises, notamment des PME, où il n'existe pas de convention collective prévoyant cet avantage.

L'aggravation des conditions d'ouverture des droits pour les arrêts supérieurs à six mois est source de difficultés à la fois pour les assurés et pour la gestion des caisses. Pour les arrêts de moins de six mois, la prise en charge est subordonnée à l'une des deux conditions suivantes : soit avoir cotisé au cours des six mois précédents sur un salaire égal à au moins 1019 fois le SMIC horaire, soit avoir effectué au moins 200 h de travail salarié au cours des trois mois précédents. Au-delà de six mois, l'alternative est plus exigeante : soit avoir cotisé au cours des douze mois sur un salaire égal à 2030 fois le SMIC horaire, dont la moitié au cours des six premiers mois, soit avoir effectué au moins 800 h au cours des douze mois précédents, dont 200 au moins pendant les trois premiers.

A l'expiration des six premiers mois, l'assuré doit donc produire des pièces justificatives complémentaires, alors que la durée de son arrêt est un indice de la gravité de son état. En outre, compte tenu de la précarité croissante de l'emploi, l'assuré a souvent travaillé chez plusieurs employeurs, ce qui multiplie le nombre de pièces justificatives à retrouver pour une période déjà ancienne. La réglementation défavorise ainsi les salariés qui se trouvent dans la situation la plus précaire.

Pour les salariés les plus favorisés par leur convention collective, la complexité est supprimée par le fait que l'entreprise continue à verser le salaire et se trouve subrogée au salarié vis-à-vis de la caisse, prenant ainsi en charge les formalités. Pour compenser ces différences de traitement, certaines caisses ne suspendent pas le versement de la prestation quand certaines conditions d'ouverture ne sont pas remplies.

Un autre exemple de l'inadaptation de la réglementation est fourni par l'assuré qui est placé en détention provisoire : même si celle-ci est de courte durée, il perd le bénéfice des prestations en espèces. Là non plus, certaines CPAM n'observent pas cette règle.

D'autre part, le montant des indemnités journalières est plus faible que l'indemnisation résultant d'autres régimes de protection sociale : il est au minimum de 3 398 F par mois pour un salarié au SMIC et au maximum de
7 235 F[50]. Dans le régime de l'assurance chômage, le minimum est de
4 498,20 F, et le maximum de 33 288,90 F. Ce décalage pose problème lorsqu'un assuré chômeur tombe malade ; il devrait alors en effet le déclarer et passer dans le régime des indemnités journalières ; souvent ce passage n'est pas effectué. Cet état de chose tient d'une part aux difficultés que les institutions éprouvent à respecter cette règle, d'autre part à la différence d'indemnisation. Un allocataire du RMI perçoit 3 753 F s'il est marié sans enfant et 5 615 F si le couple a deux enfants, alors que l'indemnité journalière n'augmente qu'à partir du troisième enfant (elle est majorée d'un tiers). En réalité, pour les salariés les plus favorisés au moins, l'extension de la protection complémentaire et de la prévoyance diminue fortement la place du système des indemnités journalières : les "régimes employeurs" et les mutuelles et institutions de prévoyance versaient 14 MdF en 1994 et
16,5 MdF en 1997[51]. Leurs prestations ont ainsi augmenté plus vite que les indemnités journalières (+ 17,8 % contre +2,5 %)[52]. D'autre part, l'une des bases du système, qui était une indemnité plus faible que le salaire pour dissuader les abus, s'est nettement affaiblie.

Pour les CPAM, la gestion est compliquée, d'autant que le nouveau système de traitement informatique PROGRES, généralisé pour les autres prestations en 1999, n'a pas été étendu aux indemnités journalières.

IV – Les contrôles

La mauvaise connaissance des comportements des assurés et des médecins en matière d'indemnités journalières contribue, avec la complexité de la réglementation et le manque d'outils de base, à expliquer la difficulté et la faible intensité des contrôles.

Le délai de 48 h dont bénéficie l'assuré pour envoyer l'arrêt de travail à sa caisse primaire fait que celle-ci n'est informée que le troisième jour au mieux, ce qui lui rend difficile de réaliser un contrôle au domicile pour les congés de durée très brève, alors même que les arrêts de moins de 8 jours représentent le quart du nombre des arrêts. La difficulté est d'autant plus forte que le médecin traitant a pu accorder des autorisations de sortie, ce qui complique l'organisation du contrôle.

Cette organisation comporte elle-même de nombreuses lacunes.

Comme on l'a vu, il n'existe pas de système permettant un repérage systématique des arrêts répétitifs. Aucune statistique n'existe au plan national ou régional sur les contrôles, ni sur les suites qui y ont été données, qu'il s'agisse des entretiens confraternels entre les médecins conseils et les prescripteurs d'arrêts maladie contestables, ou des contentieux engagés. La caisse nationale recense le nombre de projets de contrôle, mais sans qu'existent des définitions normalisées des types de projets et de la manière de les décompter : un projet peut ainsi être aussi bien une action très large concernant un grand nombre de professionnels de santé qu'une action limitée à quelques prescripteurs ; cette statistique ne constitue donc pas un instrument de pilotage ; la même remarque vaut au plan régional.

La CNAMTS n'a pas élaboré de méthodologie de contrôle propre aux indemnités journalières. Seules quelques CPAM en ont mises une en place, notamment pour favoriser un travail en commun entre l'échelon local du service médical et les services administratifs.

Le délai entre la prescription par le médecin traitant et l'examen du patient est trop long pour des arrêts même de durée moyenne. Aucune statistique n'a au demeurant été établie depuis 1993 sur le délai moyen, année où il était de 9,4 jours.

Le nombre de contrôles effectués et des suites qui y sont données est lui-même très faible.

En 1999, l'objectif national était de contrôler 680 médecins, soit moins de 1 % du total (au 1er semestre 1999, 350 médecins ont été contrôlés). Le nombre de contrôles n'a pas augmenté depuis 1996, malgré l'augmentation du nombre d'arrêts de travail constatée depuis le début de 1998.

Les contrôles ne débouchent que sur un faible nombre de contentieux et de sanctions : de la mise en place des comités médicaux régionaux, qui s'est échelonnée de fin 1996 au début de 1997, jusqu'à la fin de 1998, ces comités n'ont été saisis que dix fois et n'ont préconisé de sanctions qu'à deux reprises ; les chiffres correspondants sont respectivement de 1 et 3 au 1er semestre 1999.

Les contrôles sont faibles aussi dans les régimes autres que le régime général. Dans celui des non salariés non agricoles, si la CANAM est, sur le principe, favorable à la mise en place de procédures rigoureuses, avec convocation de l'assuré, il n'existe par exemple aucune procédure spécifique aux arrêts à répétition.

SYNTHESE

Les caisses nationales n'ont jusqu'ici porté qu'une faible attention aux indemnités journalières.

Dans sa lettre du 6 septembre 1999 au président de la CNAMTS, la ministre de l'emploi et de la solidarité rappelait que ces prestations ont un rapport étroit avec le contrat de travail, exprimait son souhait que ce sujet soit évoqué entre les partenaires sociaux gestionnaires de la CNAMTS, et affirmait être prête à examiner les propositions que le conseil d'administration de cet organisme pourrait formuler. Début juin 2000, le conseil n'avait pas encore débattu de ce problème, qui n'a figuré à aucun de ses ordres du jour.

Réponse

[47] Dans son rapport d'octobre 1998 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour a examiné certains aspects des dépenses de médicaments, les transports sanitaires, les soins infirmiers, les cures thermales ; dans celui de septembre 1999, les soins dentaires et le coût de la distribution du médicament.

[48] Selon l'EPAS, les arrêts de 8,4 % des assurés arrêtés résultent des prescriptions de quatre prescripteurs ou plus.

[49] Par exemple, la part des IJ dans le montant des honoraires et prescriptions varie de 9 à 15 %.

[50] Ce sont respectivement la moitié du SMIC et la moitié du plafond de la sécurité sociale.

[51] Estimation de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

[52] +20,9 % pour les régimes employeurs et +11,1 % pour les régimes de prévoyance.

Sommaire

Section VII :
La répartition régionale des enveloppes des établissements de santé et médicosociaux indemnités journalières versées par l'assurance maladie

I - La campagne budgétaire hospitalière 1999

Au sein de l'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie, celui relatif aux établissements hospitaliers est fixé par arrêté ministériel. Et, chaque année, la direction des hôpitaux dresse un bilan de la campagne budgétaire relative aux établissements de santé financés par dotation globale. La dotation pour 1999 s'est établie pour la France entière à
266,4 MdF (tableau), soit une progression, hors effets de champ, de 2,6 %. Les mesures salariales (4,4 MdF) et les mesures particulières pour le personnel médical et non médical (1,4 MdF) représentent l'essentiel de l'accroissement total (6,8 MdF).

Au-delà de la dotation nationale, le bilan établi par la direction des hôpitaux permet d'appréhender la façon dont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) utilisent les crédits qui leur sont alloués. Pour l'année 1999, les ARH avaient, en début d'année, réparti plus de 99,5 % des crédits qui leur avaient été attribués, soit près de 3 points de plus que l'année précédente. Dès l'approbation de leur budget primitif, les établissement avaient connaissance des moyens dont ils disposeraient sur l'année de façon à pouvoir prendre l'ensemble des mesures nécessaires à la bonne exécution des budgets. Compte tenu des engagements pris à l'égard des établissements, le solde conservé par les ARH n'a guère excédé
400 MF, soit 0,17 % des dotations régionalisées, ce qui est relativement peu pour faire face aux tensions apparues en cours d'année (seule la Bretagne avait constitué une réserve plus importante représentant 0,8 % de sa dotation).

Bilan synthétique de la campagne budgétaire hospitalière pour 1999

(en MF)

	Métropole	DOM	France entière
Base de référence pour 1999*	253 534,4	6 490,6	260 025
Effets de champ	- 459, 7	-	- 459,7
Accord salarial et GVT	4 222,2	205, 9	4 428,1

Priorités de santé publique et soins	415,0	9,4	424,4
Aide à l'investissement et autres	448,9	66,7	515,5
Mesures personnel non médical	1 110,4	26,7	1 137,1
Mesures personnel médical	299,9	12,6	312,2
Total augmentation des moyens	6 496,0	321,4	6 817,4
Dotation 1999	259 570,7	6 812,0	266 382,8

* Ceci correspond à la dotation, modifiée par effets de champ, de 1998. A cette dotation de base sont d'abord retranchés des effets de champ en 1999 (1ère ligne), puis ajoutés les éléments figurant dans les lignes suivantes du tableau. Le total de ces augmentations (avant-dernière ligne) diminué des effets de champ s'ajoute à la base de référence pour obtenir la dotation 1999, qui figure dans la dernière ligne.

Les ARH, en s'appuyant sur le PMSI, sont supposées prolonger au niveau des établissements la politique de réduction des inégalités menée entre les régions. Les sommes qui y sont consacrées sont faibles, 662 MF en métropole et 7,5 MF pour les DOM, et en un léger recul par rapport à 1998 : elles ne représentent plus que 0,26 % des dotations réparties au lieu de
0,29 %. Des écarts importants apparaissent, en outre, entre les régions : parmi les mieux dotées, l'Ile-de-France y consacre 0,84 % de sa dotation, Midi-Pyrénées seulement 0,12 % et le Languedoc-Roussillon pratiquement rien ; parmi celles qui bénéficient le plus de la péréquation nationale, le Nord Pas-de-Calais redistribue 0,27 % de sa dotation et la Picardie n'a pas fait de redistribution. Ces différences s'expliquent en partie par le fait que les écarts entre établissements sont très différents d'une région à l'autre, indépendamment de la valeur moyenne du point ISA. Enfin, beaucoup d'ARH ont adopté une démarche prudente dans l'attente de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens qu'elles doivent conclure avec les établissements.

Les limites de cette politique apparaissent encore plus clairement dans le fait que les ARH estiment que plus de 99 % des dotations sont affectées à la reconduction des budgets. Toutefois, le fait que cette proportion intègre les mesures nouvelles et les dotations affectées aux priorités définies localement fausse en partie son appréciation. Le montant affecté aux priorités régionales est estimé à 0,5 % des dotations réparties, mais les remontées des ARH n'en permettent pas une analyse précise. Les actions de santé publique, avec
240 MF sur un total de 1,2 MdF sont en forte progression - leur montant est 2,5 fois plus important qu'en 1998 - et celles consacrées au renforcement des moyens lié à des politiques d'organisation des soins sont stables, le renforcement des urgences représentant à lui seul 60 MF. La part consacrée aux surcoûts d'investissement continue de décroître et n'absorbe plus que 186 MF contre 343 MF deux ans auparavant. Par ailleurs, avec 147 MF, les crédits consacrés à des transferts du sanitaire vers le médico-social ont pratiquement doublé, bien qu'ils ne concernent que 14 des 21 régions. Midi-Pyrénées y a consacré 46 MF pour financer les maisons d'accueil spécialisées créées à la suite de la restructuration d'établissements psychiatriques.

II – La dotation hospitalière pour 2000

Pour 2000, l'objectif relatif aux établissements hospitaliers a été fixé par un arrêté ministériel du 13 janvier 2000, pour la France métropolitaine, à
255 651 MF. Corrélativement, l'évolution des dépenses hospitalières encadrées prises en compte pour le calcul de la dotation globale reste fixée, comme l'an dernier, à 2,5 %, correspondant à un montant de 266 868 MF. Ce maintien du taux d'évolution permet de faire bénéficier les établissements des effets favorables de la déformation de la structure des recettes constatées ces deux dernières années. De son côté, par application d'une augmentation du tarif plafond des soins de longue durée de 2,9 % (à 270,30 F), le montant des dépenses de soins longue durée a été fixé à 7 852 MF.

Comme les années précédentes, ces dotations ont été arrêtées au vu des résultats de l'enquête annuelle portant sur les recettes hospitalières destinée à connaître l'évolution des recettes propres des établissements. Alors que l'augmentation de la part de la dotation globale dans les recettes hospitalières a entraîné des recalages importants au cours des années passées, les moindres recettes de produits hospitaliers en 1999 devraient être très faibles (296 MF) et l'équilibre entre les écarts constatés dans les comptes 1998 des établissements ne devrait pas autoriser de recalage de la dotation globale au budget primitif 2000, sauf cas particulier dûment justifié. Quant à la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU), le ministère estime qu'elle ne produira pas pleinement ses effets sur la structure des recettes avant 2001 et 2002. Au total, la part de la dotation globale dans les recettes des budgets primitifs a été considérée comme stable pour 2000.

L'augmentation des dépenses hospitalières encadrées atteint près de 6,5 MdF, soit une somme à peine

supérieure à celle de l'an dernier. Cet accroissement permet globalement de financer l'évolution de la masse salariale (GVT, extension en année pleine de la hausse des traitements intervenus en 1999, coût de la réduction du temps de travail dans les établissements privés non lucratifs) et la prise en compte de certaines priorités de santé publique, notamment la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, la lutte contre les exclusions, la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.

La majeure partie des crédits affectés à des financements spécifiques ont été délégués dès l'ouverture de la campagne 2000 et intégrés aux dotations régionalisées[53]. Comme les années précédentes, une part du montant de l'ONDAM affecté à l'hôpital, représentant 0,26 points de croissance, a été réservée et sera répartie en cours d'année, soit parce que l'élaboration des actions n'est pas achevée pour des raisons de calendrier législatif et réglementaire, soit parce que ces actions sont gérées au niveau national sur la base d'un cahier des charges particulier (circulaire du 26 janvier 2000).

L'évolution moyenne des dotations régionalisées en début d'année en France métropolitaine est ainsi de 2,24 % (2,5 - 0,26), sensiblement plus que l'an dernier (2,04 %). Alors qu'en 1999, l'évolution de la masse salariale (incluant les effets d'extension en année pleine) et des coûts des mesures statutaires et transversales (type CNRACL, CSG,…) était supérieure à l'augmentation des dotations régionalisées (2,23 % contre 2,04 %), elle demeure inférieure cette année (2,10 % contre 2,24 %), autorisant par conséquent globalement la reconduction des moyens existants. Toutefois, du fait de l'effort de péréquation, certaines régions continuent de recevoir une dotation qui évolue moins vite que le coût des personnels en place.

La répartition de la dotation entre les régions s'est effectuée à partir des mêmes critères que ceux utilisés en 1999 : indice comparatif de mortalité, indicateur de besoins de soins hospitaliers, indicateur d'efficience économique mesuré à travers la valeur moyenne du point ISA, enfin, prise en compte des flux inter-régionaux. Cette méthode appelle les mêmes observations que celles formulées dans le rapport au Parlement de l'an dernier.

L'effort de correction des inégalités reste concentré sur les trois régions les moins dotées, que sont le Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais. Pour six régions, la dotation évolue moins vite que la moyenne : l'Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, ainsi que la Corse, le Languedoc-Roussillon et la région Rhône-Alpes. Cette dernière connaît pour la première fois une croissance inférieure à la moyenne nationale.

Comme les années précédentes, les départements d'outre-mer et la collectivité territoriale de Mayotte bénéficient globalement d'un objectif de dépenses d'assurance maladie plus soutenu qu'en métropole (+5 %), destiné à la poursuite du rattrapage des retards sanitaires de ces territoires et à la prise en charge de leurs surcoûts spécifiques. Les dotations de dépenses hospitalières s'élèvent à 7 061 MF (en MCO) et à 50 MF pour les soins de longue durée.

A - Premier bilan de la réduction des inégalités entre régions

L'évolution des dotations hospitalières régionalisées a accompagné la légère accélération de la croissance de l'ONDAM depuis 1997. Hors effets de champ, le taux d'évolution des dotations régionales finales de dépenses hospitalières (pour la métropole) est passé de 1,06 % en 1997 à 2,56 % en 1999. Sur la même période, l'évolution de la masse salariale est passée de 0,96 % à 2,23 %. En cumulé sur ces trois ans, la croissance finale des dépenses hospitalières a été de 5,77 % et celle de la masse salariale de 4,92 %. L'essentiel de la croissance de la dotation hospitalière a donc été absorbé par la progression tendancielle de la masse salariale.

Toutefois, cette évolution globale a diversement affecté les régions du fait de l'effort de péréquation.

Les trois régions considérées comme prioritaires connaissent une croissance de leur dotation supérieure de 9 % pour Poitou-Charentes et Picardie, de près de 8,5 % pour le Nord-Pas-de Calais. L'écart de croissance entre la région Ile-de-France, qui connaît l'effort de péréquation le plus important (avec une baisse de 0,13 % sur trois ans) et celle qui présente le taux de croissance le plus élevé (Poitou-Charentes avec 9,55 %) représente près de 10 points. Cet écart est porté avec la répartition initiale pour 2000 à 12,5 points. Toutefois, comparée aux écarts de dépenses par personne hospitalisable dans le secteur public entre les deux mêmes régions qui est

de près de 75 %[54], la réduction des inégalités, bien que significative, demeure modeste.

L'effort de redistribution qui affecte négativement les trois régions les mieux dotées, Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur, prolongé dans les mêmes conditions en 2000, ne leur permet pas de couvrir l'accroissement tendanciel de leur masse salariale, l'écart étant toutefois très faible pour ces deux dernières.

Deux régions, la Corse et Languedoc-Roussillon, connaissent une évolution légèrement inférieure à celle de la moyenne nationale mais supérieure au rythme de la masse salariale.

Huit régions enregistrent une évolution de leur dotation supérieure de moins d'1,5 points à la moyenne et de moins de 2 points par rapport à la masse salariale : Alsace, Aquitaine, Bretagne, Champagne-Ardenne, Limousin, Lorraine, Pays de la Loire et Rhône-Alpes.

Enfin, six régions, Auvergne, Bourgogne, Centre, Franche-Comté, Basse-Normandie, Haute-Normandie, ont bénéficié d'une croissance de leur dotation supérieure de 1,5 à 2,5 points par rapport à la moyenne, et de 2 à 3,5 points par rapport à celle de la masse salariale.

Compte tenu du fait que les deux derniers groupes de régions présentent des points ISA inférieurs à la moyenne nationale – cf. le rapport de la Cour sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999 – souvent même de façon assez sensible, les établissements ne peuvent guère, sauf exception, dégager de moyens supplémentaires par compression des coûts pour financer les priorités de santé publique.

Sur les trois années sous revue, les crédits accordés au titre de la réduction des inégalités restent pour ces régions relativement modestes. Ceux-ci sont fléchés et doivent impérativement être intégralement employés à l'amélioration de la prise en charge de la population de la région, sur la base des priorités de santé publique. Bien qu'on ait demandé aux ARH de rendre compte de l'utilisation de ces crédits, le ministère n'a pas réalisé, à ce jour, un bilan des actions conduites dans les régions. Le recul étant aujourd'hui suffisant, il serait souhaitable qu'à l'avenir un tel bilan soit établi.

B – Les conséquences de l'accord de mars 2000 sur la réduction des inégalités

Le protocole signé avec les organisations syndicales représentatives des personnels de la fonction publique hospitalière a acté un ensemble de mesures dont l'impact financier sur l'ONDAM est évalué à 489 MF en 2000, auxquelles s'ajoute une enveloppe de 2 MdF hors ONDAM destinée à assurer le financement des remplacements. Cette enveloppe porte les dépenses autorisées à 267,69 MF. Elle est destinée "à résoudre les difficultés de fonctionnement qui tiennent à l'insuffisance des possibilités de remplacement des agents absents, qu'il s'agisse de remplacement des congés de maternité, de maladie, de formation, ou des congés bonifiés ou pour activité syndicale, ainsi que ceux résultant de la mise en œuvre des temps partiels". Cette mesure concerne l'ensemble des établissements de santé (court séjour, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, long séjour).

Le financement de cette enveloppe est assuré par le budget de l'Etat. L'ONDAM reste par conséquent inchangé. Cette mesure est pérenne et sera reconduite dans les années à venir.

La progression des dépenses hospitalières des établissements sous dotation globale passe ainsi de 2,5 % à 3,23 %. Elle porte l'augmentation en masse d'une année sur l'autre à près de 8,3 MdF, soit une majoration de 30 % par rapport à la progression initiale. Ce supplément de crédits représente donc un effort très substantiel.

Les crédits correspondants alloués aux établissements sont considérés comme une recette du groupe 3 (recettes subsidiaires). Concernant les crédits pérennes affectés à des dépenses de fonctionnement, la Cour considère que cette solution tend à minimiser l'évolution des dépenses encadrées par l'ONDAM et fausse la sincérité de l'objectif fixé par le législateur. Elle demande par conséquent que ces crédits soient réintégrés dans les recettes du groupe 1 et les dépenses encadrées incluses dans l'ONDAM.

En affectant ce supplément de crédits au financement des remplacements des agents absents, les pouvoirs publics reconnaissent implicitement la limite de la procédure de régulation budgétaire mise en place depuis 1997 dans le secteur hospitalier. Les tensions apparues dans un certain nombre de régions et d'établissements,

du fait d'une dotation insuffisante pour assurer la reconduction des moyens à effectif constant, résultent en effet très largement d'économies obtenues sur les crédits affectés habituellement aux remplacements, les plus faciles à comprimer à court terme. Le caractère pérenne de cette enveloppe, acté dans le protocole d'accord signé avec les organisations syndicales représentatives du personnel non médical hospitalier, devrait logiquement entraîner une révision du mécanisme de péréquation. Comme la Cour l'a souligné dans son dernier rapport, la réduction des différences de coûts entre régions et établissements doit être recherchée dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens et non par une procédure budgétaire indifférenciée qui s'impose, certes avec une intensité différente, aux établissements bien gérés comme aux plus coûteux.

La répartition de ce supplément a fait l'objet d'une première répartition entre les régions à hauteur de 1,8 MdF. Elle a été notifiée par une lettre de la ministre de l'emploi et de la solidarité aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation en date du 8 mars 2000. Le solde de 200 MF sera réparti ultérieurement.

Cette répartition a été effectuée sur la base des effectifs exprimés en équivalent temps plein des établissements concernés, pondérés dans les DOM des coefficients de majoration des traitements. Par conséquent, elle ne respecte pas le critère de péréquation qui préside à la répartition des dotations régionales. Le taux de croissance des dotations hospitalières régionales est ainsi majoré de façon presque uniforme pour toutes les régions de 0,68 points en moyenne. L'Ile-de-France bénéficie d'une majoration de 0,62 points, et les trois régions prioritaires, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Poitou-Charentes respectivement de 0,67, 0,70 et 0,69 points. Si l'effort de péréquation n'est pas remis en cause, cette répartition en atténue la portée (graphique ci-après).

III - La tarification des prestations des cliniques privées

Avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, les ARH ont désormais la pleine maîtrise de la fixation des tarifs des établissements privés de santé. L'enveloppe déduite de l'ONDAM pour 2000 a été fixée à 43,7 MdF. Sur cette base, un accord national a été signé entre l'Etat et les organisations représentatives de ces établissements le 1er mars 2000, qui fixe à 1,25 % le taux d'évolution moyen des tarifs des cliniques privées pour la France métropolitaine[55] (l'outre-mer fait l'objet d'un traitement particulier qui porte le taux d'évolution France entière à 1,33 %). Il définit également les taux moyens applicables dans chaque région. Ces derniers ont été calculés à partir d'une décomposition des prestations entre les disciplines MCO et les autres prestations (réadaptation, soins de suite, psychiatrie). Le taux applicable aux prestations MCO a été modulé de façon à réduire progressivement les inégalités de coûts entre régions. Cette modulation, appliquée à la part MCO dans le total de la base des établissements privés pour 1998, est inversement proportionnelle à l'écart entre la valeur du point ISA de la région et la valeur nationale métropolitaine. Par contre, faute de données fiables sur le coût des autres prestations, leur taux d'évolution a été fixé uniformément à 1,25 %. Seuls les taux d'évolution d'ensemble, c'est-à-dire toutes disciplines confondues, sont strictement opposables aux régions. Ils se rangent, à l'issue du calcul décrit à l'instant, entre 0,98 % pour l'Ile-de-France et 1,53 % pour le Poitou-Charentes. Des majorations ciblées sont prévues en faveur de l'obstétrique et de la chirurgie cardiaque, correspondant respectivement à une enveloppe nationale de 80 MF et de 20 MF. Enfin, l'accord définit les limites d'évolution des taux que les ARH peuvent appliquer aux établissements de leur ressort. Ceux-ci ne peuvent être ni diminués de plus de 0,7 points, ni majorés de plus de 40 points par rapport au taux moyen de la région : par exemple, les taux d'évolution des tarifs des cliniques du Poitou-Charentes doivent tous être compris entre 1,53 – 0,7 = 0,83 % et 1,53 + 40 = 41,53 %.

IV – L'enveloppe des établissements médico-sociaux

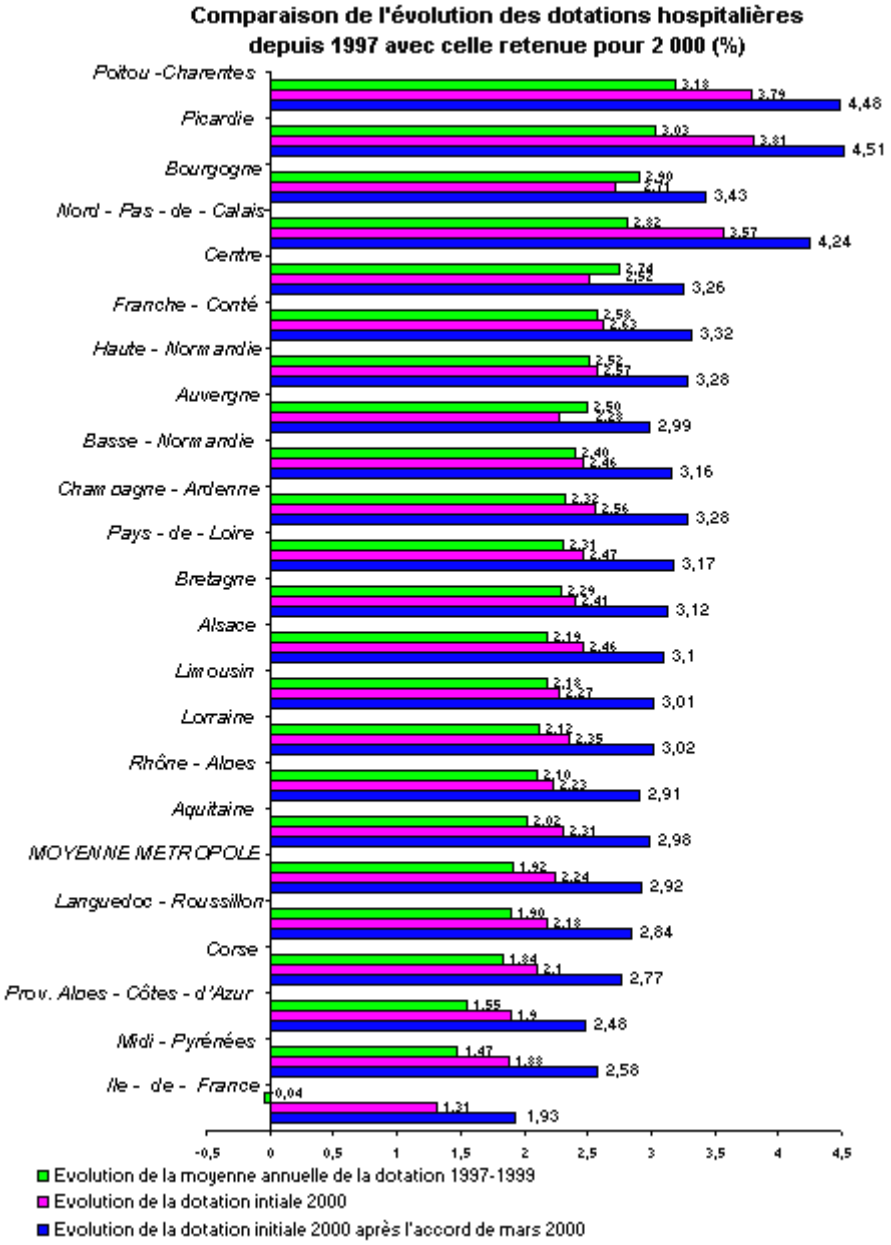
L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie pour les établissements et les services sociaux et médicosociaux publics et privés a été fixé à 47,2 MdF, selon l'arrêté du 13 janvier 2000. Corrélativement, le montant total des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, prix de journée et tarifs afférents aux prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés est fixé à 50,2 MdF.

Les mesures nouvelles correspondent à des autorisations de création de places.

Pour les personnes handicapées, la répartition entre les régions des places nouvelles se fait en fonction de la population potentiellement concernée, à partir des données régionales sur la population par classes d'âge établies par l'INSEE. Un taux d'équipement est calculé comme le rapport entre le nombre de places existantes

et la population concernée pour affecter ensuite les places supplémentaires au prorata de l'inverse de ce taux d'équipement. Cette répartition s'effectue dans le cadre du plan pluriannuel de prise en charge des handicaps.

Ce système devrait permettre de résorber les inégalités régionales de dotations en places. Cependant les calculs sur les besoins ne prennent en compte qu'un ratio national entre le nombre de personnes handicapées et la population sans tenir compte des variations régionales des handicaps. Cela suppose implicitement que la population handicapée se répartit de façon homogène sur le territoire, ce qui n'est pas le cas. Pour affiner le critère, il faudrait disposer d'indicateurs sur les taux de handicap par région en distinguant plusieurs types de handicaps. Depuis 1999, la DAS dispose d'indicateurs plus fins sur le nombre de personnes prises en charge en institutions, notamment sur les flux interrégionaux ou inter départementaux.



Lecture : En Poitou-Charentes, le taux de croissance annuel de la dotation hospitalière a été de 3,18 % par an de 1997 à 1999. Il était prévu qu'il soit de 3,79% en 2000, et l'accord de mars 2000 l'a porté à 4,48%.

Néanmoins ces informations traduisent des différences d'offre et ne fournissent pas d'indicateurs sur la prévalence par région.

Par ailleurs, la procédure d'affectation des nouvelles places que ce soit pour les autistes ou pour les personnes

atteintes de traumatisme crânien, se fait par appel d'offre dans chaque département. Il faut, pour être éligible, que les projets soumis soient passés devant le CROSS et validés par la DDASS, ce qui fait que la mise en place effective des places ne peut intervenir qu'avec retard. Les crédits sont donc soit partiellement employés si les places sont créées en cours d'année, soit reportés d'une année sur l'autre. La variation apparente des crédits ne correspond donc pas à une variation effective des places.

Pour les personnes âgées, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 comprend notamment des mesures nouvelles d'accompagnement de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces mesures nouvelles sont destinées à assurer le financement de places dans les sections de cure médicale (SCM) autorisées avant le 1er janvier 1997, mais qui n'existaient pas jusqu'à présent faute d'avoir été financées, et à amorcer le financement des "effets mécaniques" de la réforme de la tarification des EHPAD.

La règle de répartition des nouvelles places pour les personnes âgées dans les établissements médico-sociaux a changé en 1999. L'ancienne méthode de répartition des mesures nouvelles conduisait au maintien dans certains départements depuis 1997 de ces places autorisées mais qui n'existaient ouvertes faute de crédits budgétaires. Désormais, les modalités de répartition des places de SCM sont les suivantes.

Est intégralement réglée la situation des départements dont le taux d'équipement médicalisé (SCM + services de soins longue durée SSLD) est inférieur à 230 places installées pour 1000 personnes de 85 ans et plus (l'âge moyen d'entrée en institution des personnes âgées s'établissant à 83 ans, pour les personnes accueillies en 1998 dans un EHPAD). Par contre, la situation des départements dont le taux d'équipement est égal ou supérieur à 230 places installées pour 1000 personnes âgées de 85 ans et plus, et à qui avaient été accordées des autorisations de création de places de SCM, n'est réglée que pour un tiers de ces places autorisées avant le 1er janvier 1997 et non financées au 31 décembre 1999[56].

Au total, pour 2000, la répartition des nouvelles places, tant pour les personnes handicapées que pour les personnes âgées, entraîne une augmentation du taux effectif d'équipement national, mais l'augmentation des taux d'équipement dans les régions les moins bien dotées est très lente puisqu'elle repose uniquement sur les dépenses nouvelles. Or, la dotation en reconduction atteint plus de 99 % du total pour chacune des deux sous-enveloppes.

Seul un très faible pourcentage des dotations régionalisées est donc consacré à la réduction des inégalités. C'est la conséquence du choix fait au niveau national de donner la priorité dans l'utilisation des dotations à la reconduction des moyens. D'autre part, toutes les régions sous-dotées bénéficient du rattrapage ; il n'y a pas de concentration massive des places sur les régions les plus déficitaires.

La réduction des inégalités dans le secteur médico-social ne peut certes être comparée à celle du secteur hospitalier sous dotation globale. En effet, le problème n'est pas, dans ce cas, de restructurer ou de répartir une enveloppe constante, mais de répartir la croissance des équipements dans un contexte d'offre insuffisante. Cependant, les modalités retenues ne réduisent que très lentement l'inégalité sensible entre les régions.

RECOMMANDATIONS

1. S'efforcer de réduire sur quelques années les coûts des établissements hospitaliers dont la valeur du point ISA est élevée, notamment pour l'Ile-de-France et les établissements de l'AP-HP. Cela suppose la négociation et la mise en œuvre de contrats avec les établissements concernés complétant une affectation régionale fondée sur des règles générales comme actuellement.

2. Intégrer dans l'ONDAM l'enveloppe affectée aux dépenses de personnel de remplacement.

3. Mettre au point des indicateurs régionaux sur la fréquence des handicaps, en distinguant différents types de handicap.

4. Améliorer les modalités de répartition des deux sous-enveloppes médico-sociales (handicapés ; personnes âgées) afin de réduire plus rapidement les inégalités entre régions.

Réponse

[53] Il s’agit des effets d’extension en année pleine d’actions spécifiques engagées en 1999 et des nouvelles tranches d’actions déjà engagées, des mesures nouvelles relatives à la revalorisation de la carrière des directeurs d’hôpital, à la rémunération des étudiants en odontologie, à la reprise d’ancienneté des praticiens hospitaliers, à l’augmentation du taux de cotisation à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et au fonds pour l’emploi hospitalier, ainsi que les crédits d’aide à l’investissement pour la sécurité sanitaire, la dotation incitative à la maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville (égale à 0,10 % de la dotation régionale), enfin, les financements nouvellement mis à la charge de l’assurance maladie (dépenses des centres de dépistage anonyme et gratuit gérés par des établissements de santé, cures de désintoxication des toxicomanes réalisées en milieu hospitalier)

[54] Cf. le rapport au Parlement de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale.

[55] Les prestations qui entrent dans l’objectif quantifié national des établissements de santé privés ont été définies par un décret du 6 janvier 2 000.

[56] La résorption des places autorisées non financées suivant cette procédure doit être achevée en 2000.

Sommaire

LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE III

Les dépenses de la sécurité sociale en 1999

Les soldes et leur financement en 1999

Après l'examen des ressources (chapitre I) et celui des dépenses (chapitre II), ce chapitre III est consacré aux soldes et aux transferts entre régimes.

L'élément marquant de l'année 1999 est le retour à l'équilibre du régime général. La variation du fonds de roulement, concept traditionnellement retenu par la commission des comptes de la sécurité sociale pour ce régime, s'établit à 0,2 MdF contre -16,4 MdF en 1998. Le solde courant, autre concept utilisé, est évalué à 1,2 MdF en encaissements-décaissements (contre -18,2 MdF en 1998) et à 3,8 MdF en droits constatés (contre -9,7 MdF en 1998). L'amélioration est notable dans les trois branches, famille, vieillesse, maladie, même si cette dernière est encore déficitaire.

L'analyse de ces évolutions est suivie de l'examen de l'application des dispositions de la loi de financement sur les plafonds de trésorerie, puis des transferts entre régimes de sécurité sociale. A cette occasion sont retracés les comptes du fonds de solidarité vieillesse (FSV), et notamment de sa seconde section, c'est-à-dire du fonds de réserve pour les retraites, qui a été créé par la loi de financement pour 1999.

Section I :
Les soldes du régime général

I –Le régime général

Le contexte macro-économique de l'année 1999 a été favorable au rééquilibrage des régimes sociaux : les recettes bénéficient du dynamisme des revenus ; la progression des dépenses est limitée par la désinflation.

Le déficit du régime général a diminué d'environ 17 MdF en 1999 comme en 1998, passant de 34 MdF en 1997 à un peu plus de 16 MdF l'année suivante et s'annulant en 1999. C'est la première fois depuis dix ans que le régime général est en équilibre (graphique ci-après). Comptablement, l'amélioration constatée en 1999 est due à un écart de 1,3 points entre l'augmentation des recettes (4,6 %) et celle des dépenses (3,3 %). Le solde du régime général revient ainsi à un niveau analogue à ceux enregistrés durant la précédente période de croissance de l'économie française, c'est-à-dire la seconde moitié des années quatre-vingt.

L'amélioration de 1999 a concerné toutes les branches (sauf celle des accidents du travail), mais la branche maladie est restée déficitaire).

Solde de l'exercice en encaissements/décaissements (variation du fonds de roulement)*

(en MdF)

	1995	1996	1997	1998	1999
Maladie	-39,7	-35,9	-14,4	-15,9	-9,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,1	0,2	0,3	1,6	1,0
Famille	-38,9	-9,6	-14,5	-1,9	4,8
Vieillesse	10,2	-7,9	-5,2	-0,2	3,7

Total régime général	**-67,3**	**-53,2**	**-33,8**	**-16,4**	**0,2**

Source : commission des comptes de la sécurité sociale (mai 2000)

* au sens de la commission des comptes de la sécurité sociale. Cette variation du fonds de roulement est une notion légèrement différente du solde naturel entre encaissements et décaissements calculé à partir des organismes (cf. tableau suivant) : d'une part elle inclut les opérations en capital ; d'autre part elle intègre certains retraitements effectués par la direction sociale.

II – Les comptes du régime général et des régimes non salariés en encaissements/déclassements et en droits constatés

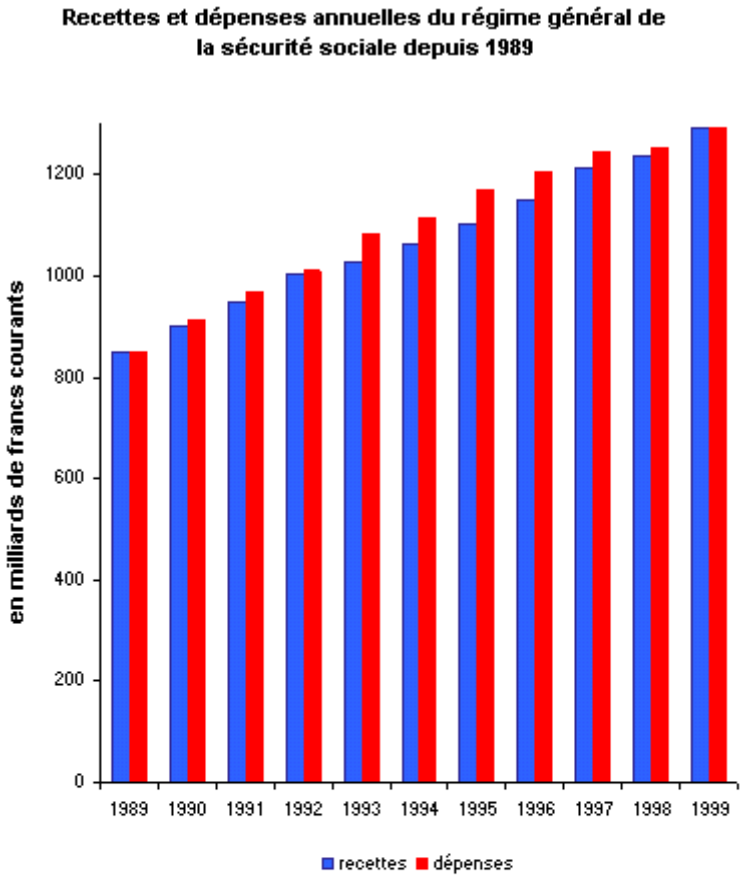
A - Régime général

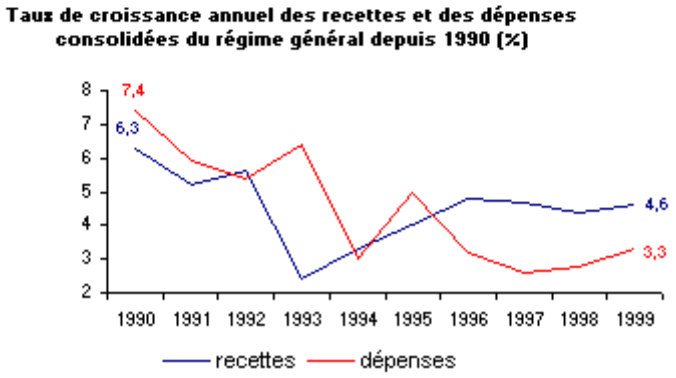
Les tableaux ci-après sont établis sur la base d'informations comptables définitives pour l'année 1998 et quasi-définitives pour 1999.

Ces tableaux permettent de mesurer, pour chacune des deux années, l'impact de la méthode de comptabilisation en droits constatés sur les comptes du régime général. Mais, la plus grande prudence s'impose si l'on veut analyser les évolutions des soldes entre 1998 et 1999.

Le résultat en droits constatés correspond aux opérations de l'année ou rattachées à l'année dès lors que leur fait générateur est intervenu au cours de l'exercice. Le résultat en encaissements/décaissements retrace les opérations payées ou encaissées au cours de l'année.

Les résultats en encaissements/décaissements présentés dans cette partie du chapitre diffèrent de la variation du fonds de roulement commentée précédemment pour deux raisons : d'abord, une différence de champ, la variation du fonds de roulement incluant les opérations en capital, alors





Lecture : La hausse des recettes du régime général a été, en 1999 par rapport à 1998, de 4,6 % ; celles des dépenses a été de 3,3 %.

qu'elles sont exclues du solde présenté ici ; en second lieu, ce solde découle directement des comptes des organismes, alors que le fonds de roulement intègre certains retraitements de la direction de la sécurité sociale (sur ces retraitements cf. chapitre suivant, *infra*, p. 143).

Solde des opérations courantes du régime général

(en MdF)

Branche	Encaissements / décaissements			Droits constatés		
	Décaisse-	Encais-	Résultat courant	Charges	Produits	Résultat courant

	ments	sements				
1998 Maladie	596,4	579,3	- 17,1	599,3	584,6	- 14,7
AT / MP *	44,3	45,9	+ 1,6	44,4	47,7	+ 3,3
Famille	255,2	252,2	- 3,0	259,6	258,5	- 1,1
Vieillesse	385,6	385,9	+ 0,3	391,4	394,2	+ 2,8
Total régime général	1 281,5	1 263,3	- 18,2	1 294,7	1 285	- 9,7
1999 Maladie	612,0	603,7	- 8,3	613,1	608,3	- 4,8
AT / MP *	45,5	46,7	+ 1,2	45,6	47,0	+ 1,4
Famille	263,4	267,3	+ 3,9	267,5	269,2	+ 1,7
Vieillesse	399,8	404,2	+ 4,4	406,6	411,6	+ 5,0
Total régime général**	1320,7	1321,9	+ 1,2	1332,9	1336,2	+ 3,3

Source : Comptes des organismes de sécurité sociale
AT/MP : accidents du travail et maladies professionnelles
** Ce total résulte de l'addition des soldes des caisses. Il diffère du total qui figure dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2000, pour des raisons qui sont expliquées dans ce rapport.

Malgré la prudence qui s'impose quant à la comparaison de certaines des données de ce tableau, il apparaît clairement que les résultats du régime général s'améliorent entre 1998 et 1999 quelle que soit la méthode de comptabilisation. En droits constatés, le solde passe de –9,7 MdF à
+3,3 MdF, soit une amélioration de 13 MdF ; en termes de caisse, le solde est passé de – 18,2 MdF à +1,2 MdF : l'amélioration excède ici 19 MdF. En 1999 comme pour les années précédentes, le résultat en droits constatés est meilleur que le résultat en encaissements/décaissements, mais l'écart entre les deux résultats est bien moindre en 1999 (2,1 MdF) qu'en 1998 (8,5 MdF).

Les différents concepts conduisent à trois estimations du solde du régime général en 1999 :

- solde égal à la variation comptable du fonds de roulement (encaissements/décaissements), estimation de mai 2000 : + 0,2 MdF ;

- solde établi en encaissements/décaissements (y compris opérations en capital et avant retraitement par la direction de la sécurité sociale) :
+ 1,2 MdF ;

- solde établi en droits constatés : +3,3 MdF.

Ces différents soldes sont établis dans le "champ" de la sécurité sociale retenu par la commission des comptes de la sécurité sociale. La comptabilité nationale, qui retrace l'ensemble des opérations de l'économie, retient des concepts et des champs différents. Ces différences et les estimations des recettes, des dépenses et des soldes auxquelles on parvient dans ce cadre sont présentées en annexe de ce chapitre.

Au-delà de ce constat global, les rapprochements entre les soldes des différentes branches présentés dans le système encaissement/décaissement et dans le système droits constatés apparaissent difficiles car les critères de rattachement de certains produits ou charges ont été modifiés en conséquence des travaux de la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS). Cela explique que les écarts de solde entre les deux systèmes comptables sont assez dispersés en 1999.

Cela étant, on peut, en se limitant à 1999, commenter les écarts entre les deux types de comptabilisation qui résultent de la comptabilisation en droits constatés de produits à recevoir, de charges à payer ainsi que de dotations et de reprises de provision.

S'agissant de la branche maladie, l'écart de + 3,5 MdF entre résultats en droits constatés et en encaissement/décaissement provient de différences sur les produits (+ 4,6 MdF) et sur les charges (+1,1

MdF).

Pour les produits, les écarts proviennent notamment :

- de l'augmentation des produits à recevoir et des créances au titre des cotisations entre 1998 et 1999 (+2,7 MdF) ;

- d'admission en non valeur, d'annulations de créances et de remises sur créances en matière de cotisations (-4,2 MdF) ;

- de reprises nettes de provisions pour dépréciation de créances sur cotisations (+3,9 MdF) ;

- de produits à recevoir sur la CSG (+4,1 MdF) dont 3,1 MdF comptabilisé au titre de la régularisation de la répartition entre les régimes de la CSG 1999 ;

- d'admission en non valeur, d'annulations de créances et de remises sur créances en matière de CSG (-2,2 MdF) ;

- de la diminution des produits à recevoir entre 1998 et 1999, au titre des cotisations prises en charge dans le cadre des mesures pour l'emploi
(-0,4 MdF), et au titre des cotisations prises en charges dans le cadre de l'aide sociale, notamment mise en place de la CMU (-1,3 MdF) ;

- d'annulation de provisions sur prestations (+ 1,8 MdF).

Pour les charges, les écarts proviennent notamment :

- d'augmentation des charges à payer sur prestations entre 1998 et 1999 (+0,8 MdF) ;

- des transferts de compensations (+ 0,3 MdF).

S'agissant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, l'écart entre les deux méthodes (+0,2 MdF) provient pour l'essentiel d'une augmentation des produits : augmentation des produits à recevoir sur cotisations (+0,6 MdF) et reprises nettes de provision pour dépréciation des créances et sur prestations (+0,2 MdF) partiellement compensée par des admissions en non valeur, remises et annulations sur créances (-0,5 MdF). Pour les charges, il faut noter une augmentation des dotations aux provisions pour prestations (+0,1 MdF).

La Cour observe que les écarts entre les deux méthodes de comptabilisation ont évolué de manière différente d'un exercice à l'autre. Ils se sont accrus pour la branche maladie (+1,1 MdF), alors qu'ils ont sensiblement diminué pour la branche accidents du travail (-1,6 MdF). Pour les deux branches, les reprises de provisions sur créances de cotisations se sont accrues, confirmant un provisionement trop important (cf. *infra*, chapitre suivant, p. 143), alors que les admissions en non valeur, remises et annulations en matière de cotisations se maintiennent. Dans la branche maladie, ces mêmes charges concernant la CSG marquent une nette augmentation en 1999. Les provisions sur prestations ont encore été surévaluées en 1998, et il en a été tenu compte dans le calcul des provisions 1999 qui ont été minorées par rapport à 1998.

S'agissant de la branche famille, l'écart entre résultat en encaissements/ décaissements et résultat en droits constatés est de –2,2 MdF.

Les produits sont supérieurs aux encaissements de 1,9 MdF. Les causes principales en sont le calcul de produits à recevoir au titre des cotisations et des cotisations prises en charge par l'Etat (+ 1,8 MdF).

Les charges, quant à elles, sont supérieures aux décaissements de
4,1 MdF, principalement en raison de la comptabilisation de charges à payer pour 0,8 MdF pour les prestations, et de provisions pour dépréciation de créances, admission en non valeur et remises sur créances

pour 3,3 MdF.

La branche famille est la seule dont le résultat en droits constatés est dégradé par rapport à celui en encaissement-décaissement : les charges 1999 sont à un niveau équivalent à celles de 1998, la diminution des charges à payer sur prestations étant compensée par une augmentation des provisions sur créances et des admissions en non valeur; par contre, les produits 1999 sont nettement plus faibles en 1998, dus à une révision à la baisse des produits à recevoir calculés par l'ACOSS.

S'agissant de la branche vieillesse, l'écart entre les deux approches est de + 0,6 MdF qui est la résultante d'un écart entre encaissements et produits de +7,3 MdF d'une part, et d'un écart entre décaissements et charges de +6,7 MdF d'autre part.

Pour les recettes, les écarts tiennent à une variation des produits à recevoir sur cotisations de +1,5 MdF, à une variation des créances sur cotisations de +2,7 MdF, à des reprises de provisions sur rappel de prestations (+1 MdF) et sur restes à recouvrer (+1,8 MdF).

Pour les dépenses, les écarts proviennent surtout des admissions en non valeur, remises et abandon de créances pour 3,4 MdF, de provisions correspondant aux rappels de prestations rattachées à l'exercice pour 1 MdF, des charges à payer concernant la mensualité des prestations de décembre 1999 payées en janvier 2000 pour 1 MdF, et des ajustements de transferts pour 1,1 MdF.

Dans cette branche, les variations les plus significatives par rapport à 1998 proviennent d'un ajustement à la baisse des produits à recevoir.

B - Régimes de non salaries

Solde des opérations courantes des régimes non salariés

(en MdF)

Caisses	Encaissements / décaissements			Droits constatés		
	Décaisse-ments	Encais-sements	Résultat courant	Charges	Produits	Résultat courant
CANAM 1998	30,8	30,5	-0,3	32,2	31,4	-0,8
1999	31,8	33	+1,2	34	29,8	-4,2
CANCAVA						
1998	14,5	15,0	+0,5	14,3	14,7	+0,4
1999	13,1	19,5	+2	14,4	15,1	+0,8
ORGANIC						
1998	14,5	19,5	-0,1	20,5	20,3	-0,2
1999	19,2	21,0	+1,8	19,9	21,8	+1,9
CNAVPL						
1998	6,1	6,1	+0,0	6,1	6,1	0,0
1999	6,4	6,5	+0,1	6,4	6,6	+0,1
MSA* **1998** **1999**	142,1 144,9	141,5 144,4	-0,6 -0,5	148,1 150,3	148,1 150,3	0,0 0,0

Source : comptes des organismes de sécurité sociale
* Les soldes recouvrent les deux régimes : celui des salariés agricoles et celui des exploitants agricoles

Les résultats en encaissements/décaissements et droits constatés pour les régimes de non salariés figurent dans

le tableau précédent :

Malgré la prudence qui s'impose quant à la comparaison de certaines des données du tableau, il apparaît que les résultats des régimes de non salariés s'améliorent entre 1998 et 1999 dans la méthode encaissements/ décaissements. Par contre, l'évolution du résultat en droits constatés est plus contrastée : amélioration pour la CANCAVA, l'ORGANIC et la CNAVPL et dégradation pour la CANAM et la MSA.

Le passage de la méthode encaissements/décaissements à la méthode droits constatés conduit à une amélioration des résultats pour trois caisses (ORGANIC, CNAVPL et MSA) et à une dégradation pour les deux autres (CANAM et CANCAVA).

S'agissant de la CANAM, l'écart de -5,4 MdF entre résultats en droits constatés et résultats en encaissements/décaissements provient de mouvements sur les produits (-3,2 MdF) et de mouvements sur les dépenses (+ 2,1 MdF).

Pour les produits, les écarts proviennent notamment :

- de la différence entre la CSG attribuée selon les arrêtés et la CSG effectivement perçue (-4,3 MdF) ;

- des créances sur cotisations (-0,4 MdF) et des admissions en non valeur sur cotisations (-0,7MdF) ;

- des reprises de provisions sur créances (+1,1 MdF) et des reprises de provisions sur prestations (+1,1 MdF)

Pour les charges, les écarts proviennent notamment :

- de provisions relatives aux prestations (+1,1 MdF) ;

- de provisions pour dépréciations des créances (+0,9 MdF) ;

- d'écarts sur compensation (+ 0,1 MdF).

S'agissant de la CANCAVA, l'écart entre résultat en encaissements/ décaissements et résultat en droits constatés est de –1,2 MdF.

Le résultat en encaissements/décaissements s'améliore (+1,5 MdF) de 1998 à 1999 pour deux motifs : la modification de la date de paiement des avantages de vieillesse qui a conduit à ne décaisser que onze mois de prestations en 1999, l'augmentation conjointe de l'émission des cotisations et du taux de recouvrement qui est passé de 95,45 % à 96,53 %.

L'aggravation du résultat entre la méthode encaissements/ décaissements et la méthode droits constatés tient au rattachement à l'exercice 1999 des pensions de décembre qui ne seront payées qu'en janvier 2000, ainsi qu'à la constatation de provisions pour créances douteuses.

S'agissant de l'ORGANIC, l'écart entre les deux approches est de
+0,1 MdF, résultante d'un écart entre encaissements et produits de +0,7 MdF d'une part, et d'un écart entre décaissements et charges de +0,8 MdF d'autre part.

Pour les recettes, les écarts tiennent à une variation des créances sur cotisations de +0,4 MdF et à des reprises sur provisions de +0,4 MdF.

Pour les dépenses, les écarts proviennent de dotations aux provisions pour prestations et sur créances (+0,3 MdF) et des admissions en non valeur et remises de majorations et pénalités de retard sur cotisations.

S'agissant de la CNAVPL (caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales), l'écart entre résultat de caisse et résultat en droits constatés est quasi nul.

Le résultat en encaissements/décaissements s'améliore de 0,1 MdF entre 1998 et 1999, d'une part en raison de l'augmentation des encaissements de cotisations et de l'encaissement de l'apurement de la compensation nationale 1997 (+0,4 MdF) et d'autre part en raison de l'augmentation des prestations versées et du versement des acomptes de la compensation nationale (+0,3 MdF).

S'agissant enfin de la MSA, l'écart entre les deux approches est de
+0,5 MdF pour les deux régimes (exploitants et salariés) qui est la résultante d'un écart entre encaissements et produits de +5,9 MdF d'une part, et d'un écart entre décaissements et charges de +5,4 MdF d'autre part.

RECOMMANDATION

Comme la Cour l'a déjà recommandé dans son rapport de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, il serait souhaitable de disposer de façon précise des éléments permettant un passage entre les comptes de la sécurité sociale présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale d'une part et les comptes nationaux et le compte de la protection sociale d'autre part.

Réponse

Sommaire

Section II :
Les mesures relatives à la dette et aux plafonds d'avances de trésorerie dans la loi de financement

I – La trésorerie de l'ACOSS en 1999

La variation de trésorerie de l'ACOSS a été de +2,8 MdF entre le début et la fin de 1999 (après –22,7 MdF en 1998) : on est passé d'un déficit de
5,0 MdF au 1er janvier à un déficit de 2,2 MdF au 31 décembre.

Le compte de l'ACOSS a été déficitaire pendant 83 jours en 1999. Le montant du plafond des avances autorisées par la convention Etat-ACOSS
(-20 MdF) n'a jamais été dépassé en 1999 ; le point le plus bas, atteint le 11 octobre, s'est établi à –18,8 MdF. En 1998, le régime général avait été déficitaire pendant 110 jours, dont 7 jours au-delà des 20 MdF.

Compte tenu des incertitudes sur le solde du régime général, un contrat de prêt d'un montant de 9 MdF a été passé avec la caisse des dépôts et consignations le 7 octobre 1999 en complément des financements déjà négociés avec elle au titre des avances normales et exceptionnelles, plafonnées à 20 MdF. Cette facilité supplémentaire n'a finalement pas été utilisée. Au total, au titre de l'exercice 1999, 28 MF d'intérêts débiteurs ont été retranchés au compte ACOSS.

Le profil saisonnier de la trésorerie de l'ACOSS est modifié par la substitution de la CSG aux cotisations maladie. Par rapport au passé, il se caractérise désormais par un creux plus prononcé au début de l'automne (jusqu'à la mi-novembre), suivi d'une amélioration en fin d'année. Ce mouvement est lié pour l'essentiel au calendrier de reversement à l'ACOSS de la CSG sur les revenus de placement et du capital par les services fiscaux.

II - la mise en œuvre des plafonds d'avances de trésorerie

Conformément à la loi organique du 22 juillet 1996, la loi de financement pour 1999 (**article 44)** ratifie le relèvement du plafond d'avances du régime général intervenu par décret le 26 août 1998. Ce plafond, initialement fixé à 20 MdF dans la loi de financement pour 1997, avait été porté à 31 MdF pour faire face à la détérioration de la trésorerie du régime général résultant de l'évolution des dépenses d'assurance maladie et de la mise en paiement de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire.

A - Les plafonds fixés pour 1999

Pour l'année 1999, la loi de financement **(article 47)** autorise cinq régimes obligatoires de base à "couvrir leurs besoins de trésorerie par des ressources non permanentes" et fixe les limites des avances auxquelles ils peuvent recourir : régime général (24 MdF), régime des exploitants agricoles (10,5 MdF), caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) (2,5 MdF), caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) (2,3 MdF), fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) (0,5 MdF).

B - Le relèvement du plafond des avances du régime général

Comme cela avait déjà été le cas en 1998, le gouvernement a recouru à la possibilité, prévue par la loi organique, de relever le plafond du régime général en cours d'année. La loi organique dispose en effet qu'en cas d'urgence, les limites fixées par la loi aux avances de trésorerie peuvent être relevées par décret pris en conseil des ministres après avis du conseil d'Etat. La ratification de ce décret est demandée au Parlement dans la plus prochaine loi de financement.

Il est apparu au cours de l'été 1999 que le besoin de trésorerie du régime général pourrait dépasser les 24 MdF dès le début du mois d'octobre.

Un décret a donc été pris le 7 octobre 1999, qui relevait le plafond d'avances du régime général de 24 MF à 29 MdF.

Comme il y était tenu, le gouvernement a déposé au Parlement, le 22 octobre, un rapport présentant les raisons du dépassement et justifiant l'urgence. Outre une situation du régime général moins favorable que celle prévue au moment du vote de la loi de financement, le rapport met en avant la majoration de l'allocation de rentrée scolaire, décidée et annoncée par le gouvernement lors de la conférence famille, qui pèse sur la trésorerie du régime général dans la mesure où elle est versée par les caisses d'allocations familiales en août pour n'être remboursée par l'Etat qu'en fin d'année ou au début de l'année suivante, après le vote de la loi de finances rectificative (cf. à ce sujet, chapitre II, *supra*, p. 89).

La mise en œuvre du nouveau plafond s'est traduite par un protocole d'accord passé entre l'ACOSS et la caisse des dépôts et consignations le 7 octobre 1999 (voir ci-dessus). En réalité, la bonne tenue de la trésorerie de l'ACOSS a, comme cela a été exposé précédemment, rendu sans objet cette extension des possibilités de recours à des avances de trésorerie.

C - Les autres régimes

En 1999, contrairement à 1998, la CNRACL a utilisé la possibilité qui lui avait été donnée de recourir à des ressources non permanentes. Ce recours s'est situé en début et en fin d'année, durant au total 21 jours pour un encours moyen de 813 MF.

Comme les années précédentes, le régime des exploitants agricoles a recouru à des avances temporaires de trésorerie. Une convention a été passée entre la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et un syndicat de trois banques, dont le chef de file est le Crédit agricole Indosuez, choisies à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, afin de permettre au régime de bénéficier d'une facilité de crédit pouvant atteindre 10,5 MdF. L'encours mensuel moyen d'emprunt du BAPSA a en fait atteint son maximum en mai 1999 avec 8,4 MdF. Il s'agit de strictes avances de trésorerie, remboursées avant le 31 décembre et qui ne peuvent financer un déficit durable.

La caisse des mines (CANSSM) a recouru dans le courant du mois de février 1999 à des avances de trésorerie pour un montant total de 100 MF.

Le FSPOEIE n'a, en 1999 comme l'année précédente, pas recouru à des avances de trésorerie.

Cette section n'a pas appelé une réponse

Sommaire

Section III :
Les transferts entre régimes de sécurité sociale

Cette section ne fournit pas une présentation exhaustive des nombreux transferts entre régimes de sécurité sociale. Il donne un coup de projecteur sur trois types de transferts importants : les transferts reçus par le régime général, les concours du FSV aux régimes d'assurance vieillesse, les transferts de compensation entre régimes.

I - Les transferts reçus d'autres régimes (autres que le FSV) par le régime général

La CNAMTS reçoit des transferts au titre de l'assurance personnelle et de la couverture des étudiants.

(en MdF)

	1997	1998	1999
Transferts reçus* par :			
la CNAMTS	6,1	6,1	6,4
la CNAV	0,6	1,0	1,0
la CNAF	1,1	1,1	1,2
Transferts reçus par le régime général	**7,8**	**8,2**	**8,6**

* hors transferts internes au régime général (par exemple le transfert versé par la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF ne figure pas dans ce tableau).

II - Les comptes du FSV et ses transferts aux régimes d'assurance vieillesse

Le fonds de solidarité vieillesse, institué par la loi du 22 juillet 1993 et régi par un décret du 30 décembre 1993, est un établissement public de l'Etat à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget. Il assure le financement d'avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé, au sein du FSV, un fonds de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse, afin de consolider les régimes par répartition. Dorénavant, deux missions sont confiées au FSV. La première concerne les "opérations de solidarité" que le fonds gère depuis sa création ; depuis 1999, elle est retracée dans la première section du FSV. La seconde mission, retracée dans la seconde section du FSV, concerne le "fonds de réserve".

Le fonds, comme tous les établissements publics à caractère administratif, établit sa comptabilité selon le principe des droits constatés. Toutefois, il est nécessaire d'assurer la cohérence entre son compte, ici présenté, et ceux des régimes vieillesse bénéficiaires de ses versements. Les comptes du régime général et des autres régimes vieillesse étant retracés, dans ce présent rapport, en encaissements-décaissements, le compte du FSV l'est également ici[57].

A – La première section

Les transferts du FSV vers l'ensemble des régimes de retraite, et pas uniquement vers le régime général, s'élèvent à 78,1 MdF en 1999 contre
73,7 MdF en 1998, soit une progression de 6 % (contre 1,7 % seulement en 1998).

L'accélération tient aux dépenses relatives aux cotisations prises en charge au titre des périodes de validation du chômage et du service national, qui atteignent 42 MdF en 1999, soit une progression de 12,1 % par rapport à l'année précédente. En réalité, les validations de période de chômage prises en charge par le FSV interviennent presque seules puisqu'elles s'élèvent à 41,7 MdF. Ce montant inclut 2,9 MdF de prise en charge, par le fonds, des périodes de chômage dans les DOM pour les années 1994, 1995 et 1996, ainsi que 0,9 MdF d'amélioration de la prise en charge par le fonds des périodes de chômage non indemnisées, conformément aux dispositions de **l'article 4** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Un arrêté du 24 décembre 1999 a précisé les modalités d'application de cette dernière mesure : la proportion d'effectifs des chômeurs non indemnisés à retenir pour la détermination des montants pris en charge par le FSV passe de 25,5 % à 29 % en 1999. L'impact financier de cette mesure est estimé à 900 MF en 1999. En neutralisant l'effet de ces deux mesures, l'augmentation des dépenses pour validation du chômage aurait été de 3,3 % en 1999.

Le montant des prestations prises en charge par le FSV (minimum vieillesse, majorations de pensions pour enfants à charge, SASV), s'élève à 35,8 MdF en 1999, soit une diminution de 0,3 % par rapport à l'année précédente, alors qu'une augmentation de 1,2 % avait été prévue en septembre dernier. Cette moindre dépense concerne notamment les majorations pour enfant à charge de la CNAV.

L'ensemble des recettes du FSV s'élève, en 1999, à 78,3 MdF, soit une progression de 3,6 % par rapport à 1998, contre 5,3 % l'année précédente. Ces recettes sont constituées :

- De 1,3 points de CSG (63,6 MdF, soit une progression de 4,6 % par rapport à 1998).

- De la taxe sur les boissons, 11,7 MdF, soit une baisse de 2 % par rapport à 1998. Cette baisse résulte de la suppression, par la loi de finances pour 1999, des droits 406 A du code général : impôts de fabrication applicable aux produits de parfumerie et de toilette, aux alcools à usage médicamenteux et aux alcools incorporés dans les produits alimentaires. La perte évaluée pour le FSV est d'environ 330 MF. En l'absence de cet effet, la taxe sur les boissons aurait augmenté de 0,7 % en 1999.

- De la taxe dite de prévoyance, 2,8 MdF, soit une progression de 5,1 % par rapport à 1998.

Le résultat de l'exercice 1999, encore provisoire, serait quasiment à l'équilibre avec 150 MF d'excédent. L'excédent cumulé serait de 4,4 MdF à la fin de cette même année.

B – La deuxième section : le fonds de réserve pour les retraites

L'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé un fonds de réserve pour les retraites, géré par le fonds de solidarité vieillesse, au profit du régime général et des régimes alignés sur celui-ci (ORGANIC, CANCAVA). Le FSV s'est ainsi vu confier une nouvelle mission qu'il retrace dans sa seconde section comptable. La loi précisait que les recettes du fonds de réserve étaient constituées par :

- une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) ;

- tout ou partie du résultat excédentaire de la première section, dans les conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité et du budget ;

- toute ressource affectée au fonds de réserve en vertu des dispositions législatives.

Le décret du 22 octobre 1999, d'une part complète la composition du comité de surveillance du FSV par des représentants des partenaires sociaux, d'autre part comprend des dispositions comptables et budgétaires nécessaires au fonctionnement de la deuxième section spécifique au fonds de réserve. Le fonds de réserve est géré dans le cadre d'un budget annexe du FSV et dispose donc d'un compte de résultat et d'un bilan. Les opérations de trésorerie correspondantes sont retracées dans un compte de disponibilités distinct, ouvert dans les écritures de l'agence comptable centrale du Trésor[58].

Conformément aux engagements du gouvernement, le fonds de réserve a perçu de l'ORGANIC 2MdF au titre

de la contribution sociale de solidarité en 1999, en application d'un arrêté du 22 octobre 1999. Les produits financiers du fonds au titre de 1999 se sont élevés à 7 MF.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (**article 16**) fait bénéficier le fonds de réserve de plusieurs ressources nouvelles.

Il est attribué au fonds de réserve 49 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 et L. 245-16 (il s'agit du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital) ; le montant correspondant est estimé en 2000 à 5,6 MdF.

Ce même article précise que la CNAV affecte au fonds de réserve pour les retraites le résultat excédentaire (dans la comptabilité de droits constatés) de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion[59]. L'excédent de 1999 en droits constatés communiqué par la CNAV pour la commission des comptes de la sécurité sociale de mai 2000 s'élève à 5 MdF.

De plus, cet article indique que, le cas échéant, en cours d'exercice, la CNAV pourra affecter au fonds de réserve un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice, tel que présenté par la commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice. Un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser, ainsi que les dates de versement. Un montant de 2,9 MdF est inscrit à ce titre dans les comptes du fonds de réserve et du régime général pour 2000.

A partir de 2000, les recettes tirées de la souscription des parts sociales des sociétés locales d'épargne sont destinées au fonds de réserve ; elles devraient lui apporter un montant de 4,7 MdF en 2000.

Par ailleurs, le point V de l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 précise que la caisse des dépôts et consignations verse, en 2000, sur le résultat net de son activité pour compte propre dégagé au titre de l'exercice 1999, la somme de 3 MdF au fonds de réserve pour les retraites. Enfin, on prévoit que les produits financiers du fonds de réserve s'élèveront à 146 MF en 2000.

A ce stade, le montant à reverser de la première section du FSV vers le fonds de réserve des retraites n'est pas encore déterminé, ce qui explique qu'aucun montant ne soit inscrit à ce titre dans les comptes de la seconde section du FSV en 2000.

Au total, le fonds de réserve devrait percevoir, en 2000, 21,4 MdF et depuis sa création, ses recettes cumulées seraient de 23,4 MdF.

III – Les transferts de compensation entre régimes

S'agissant des transferts de compensation entre régimes, l'année 1999 n'est marquée par aucune évolution d'ampleur. La contribution du régime général s'accroît d'environ 450 MF. Celle de l'Etat reste stable. Le transfert au profit du BAPSA s'accroît de 700 MF. Les transferts de compensation entre régimes ont été effectués sur la base des mêmes conventions qu'en 1998.

Transferts globaux de compensation au titre de l'année considérée*

(en MF)

	1997	**1998**	**1999**
RÉGIMES DE SALARIÉS			
Régimes contributeurs			
. Régime général	21 333,4	22 782,7	23 254,8
. État	19 924,6	18 954,7	19 006,3

. EGF	1 370,1	1 335,0	1 226,6
. Banque de France	133,6	165,5	152,6
. RATP	115,1	123,3	219,6
Régimes bénéficiaires			
. Mines	-16 803,8	-16 870,6	-17 245,6
. SNCF	-8 320,7	-8 282,9	-8 264,6
. Marins	-2 723,2	-2 873,4	-2 984,9
. SEITA	-228,2	-229,1	-233,7
. Clercs de notaires	-234,4	-93,0	-91,3
SOLDE SALARIÉS	**33 746,1**	**34 591,4**	**34 845,3**
RÉGIMES DE NON SALARIÉS			
Régimes contributeurs			
. CANAM	3 078,4	3 450,0	3 972,2
. CNAVPL	2 441,6	2 510,2	2 626,9
. CNBF	254,9	273,9	294,4
Régimes bénéficiaires			
. BAPSA	-32 214,0	-33 229,9	-33 953,2
. ORGANIC	-4 495,5	-4 647,0	-4 761,1
. CANCAVA	-1 699,5	-1 825,6	-1 917,1
. CAMAVIC	-1 112,0	-1 123,0	-1 107,4
SOLDE NON SALARIÉS	**-33 746,1**	**-34 591,4**	**-34 845,3**
TOTAL DES TRANSFERTS	**67 831,3**	**69 174,5**	**70 558,9**

Source : secrétariat de la commission de compensation
*Ce tableau retrace les évolutions de l'ensemble des transferts versés (absence de signe) ou reçus (signe -) par les régimes au titre des différentes compensations (vieillesse généralisée et spécifique, maladie bilatérale et généralisée).

Réponse

---

[57] Les montants retracés ici sont issus du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. Comme cette dernière procède à quelques corrections (précisément pour rapprocher les montants figurant dans les comptes du FSV et ceux figurant dans les comptes des régimes bénéficiaires), ces estimations ne correspondent pas exactement aux comptes publics du FSV, ni en encaissements/décaissements ni en droits constatés (cf. la réponse du FSV dans le présent rapport).

[58] Les sommes en question sont placées en pension livrée sur le marché monétaire et en achats de titres obligataires de maturité résiduelle inférieure à deux ans. Les modalités d'une gestion des réserves plus adaptée à l'horizon du passif sous forme de gestion déléguée sont en cours de préparation.

[59] Il est à noter que le régime de retraite des agents de chemins de fer secondaire mentionné à l'article L. 715-1, bien que géré par la CNAV, est un régime spécial. Il n'entre donc pas à ce stade dans le champ du fonds de réserve ; il est ainsi exclu du dispositif.

Annexe : Les administrations de sécurité sociale dans la comptabilité nationale

Sommaire

Dans la comptabilité nationale, les "administrations publiques" (APU) sont constituées en trois secteurs :

- les administrations publiques centrales (APUC), c'est-à-dire l'État et les "organismes divers d'administration centrale" (ODAC) qui sont des organismes financés principalement par l'État ou des impôts nationaux ;

- les administrations publiques locales (APUL), c'est-à-dire les collectivités locales et les "organismes divers d'administration locale" (ODAL) financés principalement par les collectivités locales ;

- enfin, les "administrations de sécurité sociale" (ASSO) qui comprennent deux sous-secteurs :

. les régimes d'assurance sociale incluant les régimes obligatoires de sécurité sociale (de base et complémentaires) et l'assurance chômage, cette dernière n'étant pas dans le champ des comptes de la commission des comptes de la sécurité sociale ;

. les "organismes dépendant des assurances sociales" (ODASS) qui couvrent les hôpitaux publics ou participant au service public, ainsi que les œuvres sociales intégrées aux organismes de sécurité sociale mais dotées d'une comptabilité séparée.

Les comptes nationaux, établis par l'INSEE, ont changé de base : ils sont passés de la base 80 à la base 95 depuis les publications de mai 1999. Les principales modifications touchant les administrations de sécurité sociale ont, à cette occasion, porté sur les points suivants :

- La comptabilisation des opérations en droits constatés des cotisations et des prestations : dans la base 80, elles étaient comptabilisées selon le système d'encaissements/décaissements (ce qui est encore le cas pour les comptes de la sécurité sociale présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale).

- L'extension du champ géographique aux départements d'outre-mer (DOM) : dans la base 80, les opérations des DOM ne figuraient que par le solde des opérations de caisse (c'est encore le cas pour les comptes présentés à la commission des comptes de la sécurité sociale).

- La révision du contour des cotisations sociales : dans la base 80, on incluait les cotisations prises en charge par l'État dans les cotisations sociales effectives ; elles figuraient dans les rémunérations versées par les employeurs. Dans la base 95, ces cotisations prises en charge par l'État sont comptabilisées comme transferts entre administrations publiques (entre l'État et les administrations de sécurité sociale).

- La révision du contour des régimes de sécurité sociale : le régime de retraite de la SNCF rejoint les autres régimes particuliers de sécurité sociale, et à l'inverse le régime maladie de la RATP est reclassé en régime direct d'employeur. Les institutions de retraite complémentaire non obligatoires et les institutions de prévoyance sortent du champ des régimes d'assurance sociale et rejoignent les mutuelles, dans le secteur des assurances. Enfin, la gestion de la C3S par l'ORGANIC est isolée du régime proprement dit et a été classée en ODAC, c'est-à-dire hors du champ du secteur des administrations de sécurité sociale. En comptabilité nationale, la C3S est donc comptabilisée en ressource des ASSO comme transfert externe et non plus comme impôt.

Le solde financier des administrations de sécurité sociale et les prélèvements sociaux

Le solde financier présenté en comptabilité nationale est un besoin de financement (après réalisation des investissements). C'est une différence avec les comptes de la commission des comptes de la sécurité sociale, dont le solde est une variation de fonds de roulement. Il y a donc entre les comptes présentés à la commission

des comptes de la sécurité sociale et la comptabilité nationale des différences de champ, mais aussi des différences conceptuelles (date d'élaboration des comptes, admissions en non-valeur, etc.), qui expliquent notamment les écarts de chiffres sur le régime général. Ainsi, en 1999, le besoin de financement du régime général s'élève à 5,2 MdF, alors que les comptes présentés lors de la commission des comptes de la sécurité sociale de mai 2000 sont excédentaires de 0,2 MdF (c'est la variation du fonds de roulement présentée *supra* dans le chapitre).

Pour la première fois depuis 1991, les administrations de sécurité sociale présentent une capacité de financement. Elle se monte à 14,6 MdF, alors que l'an dernier elles présentaient un besoin de financement de 9,5 MdF.

Le solde des administrations de sécurité sociale en comptabilité nationale

(Besoin (-) ou capacité (+) de financement en MdF)

	1995	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**
					(provisoire)
Régime général	-65,3	-46,1	-29,9	-18,8	-5,2
Assurance chômage	22,2	17,0	-3,6	0,4	9,1
Fonds spéciaux[1]	1,1	-0,6	0,5	2,4	0,0
Régimes complémentaires	-6,5	-9,0	-1,8	6,3	13,3
Autres régimes[2]	-3,7	-1,0	-3,7	-0,7	0,5
Total des régimes d'assurance sociale	-52,1	-39,8	-38,4	-10,4	17,8
Organismes dépendant des assurances sociales (ODASS)	-0,2	-1,0	2,8	0,9	-3,2
ADMINISTRATIONS DE SECURITE SOCIALE	**-52,4**	**-40,7**	**-35,7**	**-9,5**	**14,6**
En % du PIB	*-0,7*	*-0,5*	*-0,4*	*-0,1*	*0,2*

(1) Incluent le fonds de solidarité vieillesse (FSV) depuis 1996. En revanche, la CADES ne fait pas partie des administrations de sécurité sociale. Elle est classée parmi les "organismes divers d'administration centrale" (ODAC)
(2) Régimes particuliers de salariés, régimes de non salariés non agricoles et régimes agricoles
Source : Comptes de la nation – base 1995

Le redressement du solde financier des administrations de sécurité sociale est en partie dû à un transfert de l'État vers l'UNEDIC de 10 MdF, correspondant à la prise en charge par l'État d'un remboursement d'une tranche d'emprunt. La situation de la plupart des régimes s'est néanmoins améliorée.

La réduction du déficit provient d'une forte hausse des ressources de la sécurité sociale, conjuguée à une augmentation plus lente des dépenses : les recettes des ASSO ont progressé de 4,3 % en 1999, alors que leurs dépenses n'ont augmenté que de 3,1 %.

La réduction de la part des dépenses des ASSO dans le PIB est limitée entre 1998 et 1999, mais elle se poursuit depuis 1996 : 24,5 % (1996), 24,4 % (1997),
24,1 % (1998) et 24,0 % (1999).

La hausse des recettes est essentiellement due à l'augmentation de la masse salariale (c'est sur elle que sont principalement assises les contributions sociales) et au dynamisme des revenus du patrimoine qui entraîne une augmentation du produit de la CSG (+5,4 %) et du produit des prélèvements sur les revenus du patrimoine affectés à la CNAF et la CNAV (+18 %).

Les prélèvements sociaux progressent de 4,8 %, et leur part dans le PIB augmente de 0,3 points.

Prélèvements sociaux (1)
(en % du PIB)

	1995	1996	1997	1998	1999
-Cotisations sociales perçues par les administrations de sécurité sociale	18,3	18,4	17,8	15,8	16,0
-Impôts et taxes affectés aux régimes sociaux	2,0	2,0	2,7	4,8	4,9
TOTAL	**20,3**	**20,4**	**20,5**	**20,6**	**20,9**

1) Cotisations sociales + impôts et taxes affectés aux administrations de sécurité sociale. Ces prélèvements incluent les impôts allant au FSV, mais pas à la CADES, laquelle ne fait pas partie des administrations de sécurité sociale (elle est classée parmi les "organismes divers d'administration centrale"). La CRDS n'est donc pas prise en compte dans les prélèvements sociaux (mais elle l'est dans l'ensemble des prélèvements obligatoires).

Comme il l'a déjà été recommandé dans le rapport sur la sécurité sociale de 1999, il serait souhaitable de

- disposer des éléments permettant un passage entre d'une part les comptes nationaux et le compte de la protection sociale et d'autre part les comptes de la sécurité sociale ;

- présenter chaque année à la commission des comptes de la sécurité sociale de printemps les comptes nationaux semi-définitifs (et ceux de la protection sociale, lesquels sont des comptes satellites de la comptabilité nationale), ainsi que ces éléments de passage avec les comptes de la sécurité sociale.

Sommaire

LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE IV

Les dépenses de la sécurité sociale en 1999

L'Etat des comptes et des études

Les comptes et l'analyse de l'application de la loi de financement, présentés dans les chapitres précédents, nécessitent pour être bien compris d'être accompagnés d'éléments précisant leur pertinence, leur élaboration, leur précision. D'autre part, une bonne maîtrise du domaine requiert de disposer d'études descriptives, explicatives et prescriptives solides. Aussi ce chapitre est-il consacré à analyser quelques points relevant de ces questions.

Les trois premières sections ont trait au processus d'élaboration des informations comptables. Elles s'ordonnent chronologiquement. La première étape, l'établissement des comptes des organismes, est fondamentale. La première section examine la façon dont les organismes ont appliqué depuis 1996 la réforme consistant à les établir en droits constatés. La deuxième section décrit la deuxième étape du processus, c'est-à-dire la manière dont, à partir des comptes des organismes, la direction de la sécurité sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité élabore les informations comptables utiles à la commission des comptes de la sécurité sociale, au Parlement, au citoyen. Enfin, en aval, la troisième section met l'accent sur l'information précise dont on dispose sur l'encadrement –l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et les objectifs nationaux quantitatifs (OQN), c'est-à-dire les enveloppes par profession– et le suivi conjoncturel des dépenses.

Se trouvent ainsi soulignées à nouveau, en dépit des progrès notables que constituent les innovations et réformes des dernières années, certaines imprécisions des données comptables. En particulier, la réforme des droits constatés n'a pas été appliquée partout avec rigueur, la qualité des informations fournies par les organismes est variable, les retraitements faits pour obtenir et présenter les informations comptables en général, et l'ONDAM en particulier, sont source d'incertitudes.

En annexe du chapitre figure une analyse de l’état des études dans le domaine la sécurité sociale : comment s’est-on organisé pour les produire, quel est leur apport dans cinq grands domaines, état de santé, famille, pauvreté, vieillesse, dépendance ? En dépit des progrès indéniables depuis deux ou trois ans, nombre d’insuffisances demeurent, tant pour préparer les décisions que pour informer nos concitoyens.

Section I :
La mise en oeuvre dans le régime général de la réforme de la comptabilité selon la méthode des droits constatés

La réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale selon la méthode des droits constatés a été mise en œuvre à compter du 1er janvier 1996 pour les organismes du régime général. Le décret du 23 mai 1996 définit l’ensemble des règles applicables afin d’établir des comptes qui donnent une image fidèle des opérations des organismes de sécurité sociale (en application des règles de prudence, régularité et sincérité des écritures), et qui permette des consolidations.

La comptabilisation en droits constatés consiste à procéder au rattachement à un exercice des droits et obligations qui y sont nés, quelle que soit la date de dénouement en trésorerie de l’opération. Ce principe suppose donc que les faits générateurs soient définis afin d’identifier avec précision la date de naissance de l’opération. Cela signifie notamment que :

- pour les produits, les cotisations sociales doivent être rattachées à l’exercice au titre duquel elles sont dues et comptabilisées pour ce même montant, même si elles n’ont pas été encaissées (ainsi pour les régimes de salariés c’est le versement du salaire qui donne naissance à la créance des URSSAF et à la dette de

l’entreprise) ;

- pour les charges, les prestations maladie, vieillesse, invalidité ou familiales doivent également être rattachées à l’exercice au titre duquel elles sont dues et comptabilisées pour ce même montant, même si elles n’ont pas été décaissées.

La Cour a inscrit au programme de travail des COREC et des CODEC, au titre des thèmes de vérification portant sur l’exercice 1998, les conditions de mise en œuvre dans les caisses locales, du principe de comptabilisation en droits constatés prévu par ce décret. Il lui a paru indispensable de compléter les informations recueillies au plan local par une analyse portant sur les mêmes conditions de mise en œuvre dans les organismes nationaux du régime général.

I - Une mise en œuvre délicate et contrastée dans les caisses de base

A - Une mise en œuvre progressive liée aux conditions de démarrage

Ainsi que la Cour l’a déjà observé dans ses rapports au Parlement sur la sécurité sociale de septembre 1996 et de septembre 1997, c’est par une lettre du 20 octobre 1994 que le ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville a invité les organismes de sécurité sociale à adopter le principe des droits constatés pour la comptabilisation des opérations des gestions techniques. L’entrée en vigueur de cette réforme était fixée au 1er janvier 1996 pour les organismes du régime général. Or, ce n’est qu’après avoir pris cette décision, le 20 octobre 1994, que le ministère des affaires sociales a créé, au sein de la commission des comptes de la sécurité sociale, un groupe de travail réunissant les administrations de tutelle et les représentants des caisses nationales du régime général, chargé d’étudier les conditions de mise en œuvre de la réforme. Même s’il est vrai que des études avaient été demandées par l’administration aux caisses nationales, elles ne s’étaient pas révélées conclusives. Le processus habituel de mise en place d’une réforme, à savoir l’étude préalable de la question, la réflexion sur les modalités techniques en concertation avec l’ensemble des partenaires et la prise de décision en fonction d’un échéancier raisonnable, n’a donc pas été retenu. On estimait en effet nécessaire de lancer le mouvement sans courir le risque de rester embourbé dans un dossier très technique, concernant un grand nombre de partenaires aux objectifs divers, voire parfois contradictoires.

Provisions, charges à payer et produits à recevoir

Les créances certaines acquises par un organisme, imputables à un exercice et pour lesquelles les pièces justificatives n'ont pas encore établies, sont comptabilisées à la clôture de cet exercice en **produits à recevoir.** Les produits à recevoir concernent essentiellement les cotisations afférentes à un exercice, mais dont les pièces justificatives ne sont reçues et exploitées qu'au début de l'exercice suivant. L'évaluation de ces produits peut être réalisée par l'application d'une méthode statistique suffisamment fiable.

Dès lors qu'il est constaté des dettes nettement précisées quant à leur objet mais dont l'incertitude porte soit sur le montant, soit sur l'échéance, des **charges à payer** doivent être comptabilisées. Ceci concerne des situations où l'identification des bénéficiaires de prestation est possible à réaliser et le montant de la dette envers chacun d'eux peut être évalué avec une précision suffisante. L'écart entre l'estimation effectuée et les sommes réellement versées doit être le plus réduit possible. A défaut, une provision pour risques et charges doit être constituée.

Les risques ou charges nettement précisés quant à leur objet et que des événements survenus ou en cours rendent probables entraînent la constitution de **provisions pour risques et charges techniques**. Cela permet aux organismes d'intégrer dans le résultat de l'exercice des prestations dues au titre de cet exercice, et qui seront selon toute probabilité à payer aux assurés mais dont le montant ne peut être évalué avec exactitude. Le montant de ces provisions s'apprécie généralement à l'aide d'une méthode statistique faisant référence à des données historiques précises.

Une **provision pour dépréciation des créances douteuses** doit être constituée par les organismes dès lors que le recouvrement de la créance s'avère incertain. Le montant de cette provision peut être calculé soit à partir de l'examen de chaque créance, soit à partir d'une estimation statistique, sous réserve que la méthode arrêtée permette une approximation suffisante retenant comme référence des créances et des situations de même nature dont les risques de non recouvrement sont identiques.

De ce point de vue, c'est un pari réussi. La réforme a été mise en œuvre à compter du 1er janvier 1996 même si le décret n'a été pris que le 23 mai 1996. La circulaire interministérielle précisant notamment les conditions de comptabilisation en fin de gestion des opérations de régularisation (charges à payer, produits à recevoir, provisions) et invitant les organismes nationaux du régime général à fixer, dans des instructions propres, les modalités de mise en œuvre de ces opérations, a été signée le 3 juillet 1996, soit très rapidement après la publication du décret.

Mais la méthode utilisée a entraîné plusieurs inconvénients que les contrôles des COREC et des CODEC ont bien mis en lumière, à savoir une compréhension insuffisante des objectifs de la réforme, une formation trop limitée des personnels et surtout des délais très importants pour la modification des logiciels de comptabilité. Certes, les caisses nationales du régime général auraient pu mettre à profit les délais écoulés entre le rendu des conclusions du groupe de travail de la commission des comptes (mi 1995) et la publication du décret du 23 mai 1996 pour préparer les nécessaires adaptations de leur organisation, de leurs méthodes et de leurs systèmes. Tel n'a pas été le cas. Dès lors, les caisses ne pouvaient que se trouver dans l'impossibilité matérielle de modifier très rapidement leurs chaînes informatiques afin de les mettre en conformité avec les nouveaux principes. Aussi la réforme n'a-t-elle pu être mise en place que de manière partielle et progressive.

B - Une information abondante mais une formation insuffisante

Les caisses nationales ont chacune diffusé en 1996 (juillet, août, septembre et décembre pour la CNAMTS, septembre pour la CNAV, septembre pour la CNAF, septembre et décembre pour l'ACOSS) une ou plusieurs circulaires précisant à l'attention des caisses de base les règles pratiques de mise en œuvre des nouvelles procédures comptables[60].

Les COREC/CODEC ont observé que certaines caisses locales avaient pris l'initiative de compléter la diffusion de l'information, et ceci sous différentes formes. En revanche, cette information abondante n'a pas été suffisamment relayée par une formation spécifique des agents de direction comme des personnels des agences comptables, explicitant les objectifs poursuivis, les enjeux de la réforme et l'intérêt qu'elle représente en terme d'organisation, d'amélioration des procédures, de réflexion sur les chaînes informatiques et d'outil

d’aide à la gestion. Dans 85 % des caisses contrôlées par les COREC/CODEC, les personnels n’ont pas bénéficié de la part des caisses nationales d'une formation spécifique expliquant les nouvelles règles comptables.

La diffusion d’une documentation abondante ne peut suppléer la mise en œuvre d’une formation qui se doit d’être adaptée aux personnels et à leur rôle dans le processus comptable. L’enjeu de la réforme n’ayant pas été expliqué à la plupart des cadres, ceux-ci l’ont ressentie comme une règle supplémentaire imposée, et l’objectif d’une meilleure restitution des données pour une information plus fiable n’est pas encore pleinement compris.

C - Redéfinir les rôles respectifs du directeur et de l’agent comptable

Le code de la sécurité sociale (articles D. 253-3 à D. 253-11) définit de manière précise les responsabilités respectives du directeur et de l’agent comptable des organismes. Elles n’ont pas été modifiées par la nouvelle réglementation. Mais celle-ci implique inévitablement des formes nouvelles de collaboration.

S’agissant de la branche recouvrement, le provisionnement des créances ne peut être qu’une compétence du directeur dès lors qu’il assume la responsabilité du recouvrement des cotisations. Les instructions de l’ACOSS prévoyaient que dans une première étape le directeur procède à un classement des créances afin d’utiliser son expertise sur la situation des dossiers. Or les COREC/CODEC ont constaté que, dans certaines URSSAF, le directeur n’intervient ni dans la procédure de provisionnement des créances, ni dans le calcul des produits à recevoir. L’agent comptable assure la totalité des opérations liées au provisionnement, et seul l’état des provisions est visé par l’ordonnateur. Une collaboration entre l’ordonnateur et le comptable s’avère absolument indispensable dans ce domaine, ainsi que le montre l’exemple de certaines URSSAF où les calculs sont effectués par un statisticien qui dépend du directeur, et les résultats sont validés conjointement par le directeur et l’agent comptable. Néanmoins, l’automatisation des calculs de provision a pour effet de "déresponsabiliser" le directeur et l’agent comptable, en contradiction avec l’esprit de la réforme.

Dans l’assurance maladie, les règles sont appliquées de manière plus claire : les provisions relatives aux prestations sont pour l’essentiel arrêtées et contrôlées par l’agent comptable, les charges à payer et les autres provisions étant déterminées par le directeur.

D'une façon générale, une coopération entre le directeur et l’agent comptable dans les procédures d’évaluation des provisions s’impose afin que toutes les informations disponibles soient utilisées et que les évaluations gagnent en précision sans pour autant retarder les dates de production des comptes.

D - Des outils informatiques encore mal adaptés

L’adaptation des outils informatiques a été diversement mise en œuvre selon les branches, et au sein d’une même branche, elle se situe à des stades d’avancement différents.

Au sein des URSSAF, l’application SNV2 n’a pas encore pu être fondamentalement modifiée par l’ACOSS. Des applications bureautiques légères ont donc été conçues notamment pour le calcul des provisions et des produits à recevoir. Mais la modification essentielle consistant à permettre la ventilation des produits selon l’exercice d’origine n’a pas été effectuée, alors même que les informations utiles sont disponibles dans le système.

Les CAF ont progressivement adopté le logiciel CRISTAL (sur ce sujet, cf. chapitre XII, *infra*, p. 457). Mais il ne permet pas encore la prise en compte de toutes les informations nécessaires à la comptabilisation des droits constatés. Il nécessite encore des améliorations puisque le calcul de certaines provisions et le suivi de leur consommation ne sont pas pris en compte par le système.

Dans les CPAM, un logiciel de calcul des provisions a été élaboré par la CNAMTS. C’est un outil souple puisqu’il autorise la prise en compte d'éléments issus de particularités locales.

E - Une information dont l’exactitude et la sincérité varient selon les organismes

Avant le 1er janvier 1996, la constatation des produits et des charges dans la comptabilité des organismes intervenait au moment de leur encaissement ou de leur paiement. Les caisses nationales, dans les instructions

d’application de la réforme, n’ont pas modifié cette comptabilisation mais simplement préconisé des écritures d’inventaire à la clôture de l’exercice. En effet, compte tenu de la date de sortie des décrets, elles ont dû prendre rapidement des dispositions pour permettre la mise en œuvre de la réforme lors de la détermination des comptes 1996. Dès lors, les écritures de charges et de produits ne sont pas passées en cours d’exercice, contrairement aux règles du plan comptable général. Il ne sera définitivement remédié à cette situation provisoire que lorsque le projet de plan comptable élaboré par la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS) et conforme au plan comptable général de 1999, sera mis en œuvre.

En pratique, le principe des droits constatés se traduit par le rattachement des charges à l’exercice de naissance du fait générateur, soit sous forme de charges à payer soit sous forme de provisions, et le rattachement des produits sous forme de produits à recevoir (encadré ci-après). Le contrôle des organismes exercé par les COREC/CODEC a permis de constater des situations disparates dans l’application de ces principes de base.

1. Des opérations rattachées à l’exercice de réalisation du fait générateur, mais dont on ne peut mesurer l’exactitude

S’agissant des caisses d’allocations familiales, l’allocation pour la garde d’enfant à domicile (AGED) et l’aide à la famille pour l’emploi d’une assistante maternelle agréée (AFEAMA) ont pour la première fois en 1998 fait l’objet de calcul de charges à payer sur des bases statistiques. Si le recours à une évaluation statistique est conforme aux principes comptables, la pertinence de cette évaluation n’a pu être mesurée par les vérificateurs des COREC/CODEC faute de pouvoir identifier avec précision l’origine du fait générateur des versements du premier trimestre 1999. Cette remarque vaut également pour le calcul des charges à payer inhérentes aux prestations familiales. En l’absence d’un système informatique fiable ventilant les prestations payées en fonction de leur fait générateur, il est absolument impossible de confronter cette évaluation avec la réalité de la charge, et par conséquent, d’apprécier le niveau des charges à payer et de donner un avis sur la justesse des méthodes adoptées et de leur mise en œuvre.

2. Des provisions diversement évaluées par les URSSAF, les CPAM et les CAF

Les URSSAF ont dû procéder, à compter de 1996, au rattachement de l’ensemble des créances acquises à cette même date et, par suite, constater des provisions pour dépréciation des créances douteuses ou litigieuses. Les COREC/CODEC ont observé que le calcul de ces provisions est fondé sur une méthode statistique élaborée par l’ACOSS, dont le principe n’est pas contestable. En revanche sa mise en œuvre pose problème. Car les taux de provisionnement calculés sont appliqués de manière indifférenciée à l’ensemble des créances existantes au 31 décembre, sans distinguer celles qui sont réellement douteuses. Les difficultés réelles de recouvrement liées à l’ancienneté de la créance, à la situation du débiteur, à la situation économique locale ou selon les délais accordés, ne sont pas prises en compte. Cette méthode, et par conséquent l’instruction de l’ACOSS qui l’a instituée, ne sont donc pas conformes aux dispositions de l’article D 253-17-4 du code de la sécurité sociale[61], ce qui explique que les COREC/CODEC n’aient pas pu se faire produire l’état annexe au compte financier retraçant le calcul des provisions afin de vérifier les modalités de calcul et leur permanence au fil des exercices. Les comités ont constaté en outre que cette méthode aboutit à des situations surprenantes où les provisions sont nettement surévaluées et notamment très supérieures au taux de restes à recouvrer. En effet, le fait qu’une créance fasse l’objet d’une mise en demeure, d’un simple rappel ou de délais ne signifie pas que son recouvrement soit impossible ou gravement compromis.

De plus, ces provisions ne font pas l’objet de reprise, sauf dans le cas où la provision évaluée au 31 décembre d’une année est inférieure à l’évaluation faite au 31 décembre de l’année précédente. Aucun rapprochement n’est donc effectué entre les charges réellement supportées et l’évaluation de la provision correspondante. Il conviendrait que les créances douteuses ou litigieuses soient isolées dans le compte spécifique qui leur est réservé, que la provision soit calculée à partir de celui-ci, tout en affinant la méthode et qu’elle soit rapprochée des charges effectivement supportées à ce titre au cours de l'exercice ou des exercices postérieurs, afin que les dispositions du code de la sécurité sociale soient appliquées.

Pour ce qui concerne les gestions techniques, les créances douteuses des CPAM sont composées de prestations et frais de contentieux à récupérer. Chaque caisse apprécie le seuil de provisionnement en fonction de la moyenne des créances. Les COREC/CODEC ont observé que l’examen et le provisionnement de ces créances sont très variables selon les caisses. Seules certaines caisses procèdent correctement : le service contentieux

réalise alors un examen méthodique des créances pour déterminer celles qui doivent faire l'objet d'une provision. Dans les autres, ou bien le service contentieux ne détermine pas avec exactitude faute d'un suivi suffisant les créances dont le recouvrement est manifestement compromis ou bien les provisions sont sous-évaluées voire inexistantes. L'examen précis des créances afin de déterminer celles qui sont susceptibles d'être inscrites en créances irrecouvrables ou en créances douteuses, comme l'évaluation d'une provision dans les cas de créances douteuses, sont indispensables afin de donner une image fidèle du bilan des CPAM.

Les seules provisions pour dépréciations constatées dans les CAF concernent les créances prescrites, c'est-à-dire en droit irrécouvrables (et qui devraient faire l'objet d'une comptabilisation en pertes). En revanche, l'instruction diffusée par la CNAF n'a pas prévu la comptabilisation de provision pour dépréciation des créances non prescrites. Or, il apparaît que de nombreux dossiers gérés par les services contentieux devraient faire l'objet de provision car le recouvrement en est gravement compromis. Les créances douteuses des CAF devraient donc être isolées dans un compte spécifique et faire l'objet d'un examen approfondi afin de déterminer le montant des provisions à constituer.

Le calcul des provisions pour prestations à payer des CPAM a été précisé par circulaire de la CNAMTS chaque année afin de conduire à un calcul de plus en plus précis et reposant sur une analyse rétrospective des provisions et de leur utilisation. La tendance du provisionnement dans les CPAM a évolué de la manière suivante au cours des trois années : la première année (1996) les provisions constituées ont été largement surévaluées, et ont été très largement supérieures aux dépenses réelles
(+15 % soit près de 4 MdF), la seconde année (1997) les provisions ont été revues à la baisse et cela a eu pour conséquence une insuffisance de provision (-2 %, soit 0,4 MdF), même s'il a été constaté quelques cas de surévaluation, enfin la troisième année (1998) les provisions ont été dans le cas général assez proches de la réalité, même si les COREC/CODEC ont pu observer dans certaines caisses une surestimation supérieure à celle de 1997 (en moyenne, dans l'ensemble de la branche, la surestimation a été de 4 %, soit 0,8 MdF). Le recours au tiers payant ou l'utilisation généralisée de SESAM Vitale diminuant le montant des charges à provisionner devrait conduire à une précision plus grande dans la détermination du résultat.

Bien que le mode de calcul ne soit pas transposable pour d'autres types de provision, la démarche suivie par la CNAMTS est l'illustration positive de ce qui peut être fait dans ce domaine. En effet, la méthode élaborée ainsi que le système d'information employé permettent de faire un rapprochement entre le montant de la provision et les charges réelles qui surviennent au cours de l'exercice suivant. Cette corrélation est indispensable, et les autres caisses nationales pourraient s'en inspirer dans l'évaluation de leurs provisions et modifier leurs systèmes informatiques en conséquence.

Dans certains cas, la prise en charge comptable est faite dans plusieurs branches, ce qui impose une certaine cohérence. Ainsi, l'AGED et l'AFEAMA versées par les CAF sont calculées à partir des informations contenues dans les bordereaux trimestriels remis par les employeurs aux URSSAF à l'issue de chaque période. Le traitement avec retard de bordereaux par certaines URSSAF a conduit des CAF à comptabiliser en 1998 des charges minorées, et par suite des charges à payer également minorées. En 1999, des mises au point entre les CAF et URSSAF concernées ont permis d'améliorer les transmissions d'information afin d'aboutir à des évaluations plus pertinentes.

Au-delà de ces différents constats effectués par les CODEC/COREC, il reste à souligner des incohérences d'ensemble importantes au regard du but ultime qu'est la production de "comptes combinés" (les comptes combinés sont en réalité des comptes consolidés, mais entre organismes d'un même secteur d'activité qui ne sont pas détenus par une société mère). S'agissant par exemple de l'AGED et de l'AFEAMA, deux évaluations sont faites : d'une part, au niveau des URSSAF, sont évalués au 31 décembre des produits à recevoir concernant les cotisations afférentes aux salaires versés pendant le dernier trimestre de l'année par les employeurs de nourrice agréée ou de garde à domicile, d'autre part au niveau des CAF, sont évaluées des charges à payer concernant la prise en charge de tout ou partie de ces mêmes cotisations par ces organismes. Ces deux évaluations devraient être fondées sur des bases identiques car se rapportant au même fait générateur, le versement d'un salaire à une nourrice agréée ou une garde à domicile. Or, dans la pratique, il n'y a aucune corrélation entre les deux évaluations. L'évaluation des URSSAF est totalement forfaitaire, celle des CAF à un degré moindre, mais en tout état de cause, à aucun moment elles ne sont rapprochées pour tenter d'en vérifier la pertinence et la cohérence. Il conviendrait donc que chacun des deux organismes ajuste ses évaluations en prenant en considération le cas échéant les informations détenues par l'autre afin d'atteindre une plus grande fiabilité.

3. Une surestimation des produits à recevoir des URSSAF

La nécessité de réduire les délais de production des comptes a conduit l'ACOSS à élaborer une méthode forfaitaire d'évaluation des produits à recevoir pour l'exercice 1998, déterminée sur la base de 10,44 % des encaissements 1998 en l'absence de référence initiale. L'adoption de cette méthode permet de déterminer les produits en cause dès la clôture de l'exercice. Dans la pratique, l'évaluation s'est révélée très éloignée de la réalité et a conduit la quasi-totalité des URSSAF à une surestimation des produits à recevoir. Compte tenu des masses concernées, une incertitude globalement faible, 0,60 %, a conduit à une majoration du résultat de 6 MdF. Pour 1999, l'ACOSS, bien qu'ayant affiné sa méthode, a encore majoré les produits à recevoir de 1,7 MdF. Il lui revient de continuer à améliorer ses méthodes d'évaluation.

II - Une mise en place incomplète dans les caisses nationales du régime général

A - les contrôles des opérations des caisses de base par les caisses nationales sont parfois insuffisants

Afin de garantir l'homogénéité de la comptabilisation et de la présentation des comptes, les caisses nationales diffusent pour chaque arrêté des comptes des instructions précises. Les balances contenant les écritures d'inventaire des caisses remontent vers les caisses nationales qui les agrègent après avoir effectué des contrôles de cohérence. Ces opérations n'appellent pas de commentaires particuliers.

En revanche, le contrôle des écritures d'inventaire peut soulever quelques difficultés. En effet, la CNAF ne procède à aucun contrôle des opérations réalisées par les CAF afin de vérifier la mise en œuvre de la circulaire sur les droits constatés. Elle n'est donc pas en mesure d'attester de l'exhaustivité des opérations effectuées. L'ACOSS a procédé, en 1998, à un contrôle exhaustif des produits à recevoir et, par échantillon, des provisions. En 1999, ce contrôle a porté sur l'ensemble des opérations. Cependant, ce contrôle est purement formel, car il permet uniquement de détecter des valeurs aberrantes résultant la plupart du temps d'erreurs de saisie, les formules de calcul étant réalisées nationalement par l'ACOSS elle-même. En revanche, l'ACOSS n'exerce aucun contrôle sur les autres opérations remontant des URSSAF.

S'agissant de la branche maladie, les CPAM adressent à la caisse nationale un état récapitulatif des provisions, à l'appui duquel elles doivent fournir les justificatifs du calcul, son analyse et son évolution. La CNAMTS exerce un contrôle de cohérence afin de juger du réalisme des facteurs retenus, et demande le cas échéant des précisions, voire des modifications. Ainsi en 1999, une cinquantaine de caisses locales ont modifié leurs provisions. Enfin, la CNAV procédant elle-même au calcul des provisions pour rappel de prestations a seulement besoin de vérifier que les CRAM ont bien comptabilisé les montants communiqués.

Ainsi, les contrôles mis en œuvre sont parfois purement formels, voire inexistants. Il est pourtant indispensable que les caisses nationales contrôlent les opérations des caisses de base.

B - Des aménagement à apporter à court terme aux circulaires et aux applications informatiques

Ainsi que cela a été dit plus haut, les circulaires des caisses nationales n'ont pas traité certains sujets qui ont une influence sur le résultat des caisses de base. D'autres sujets sont à réexaminer. Une réécriture des différentes instructions est donc indispensable. Tel est le cas de l'ACOSS en ce qui concerne la détermination des créances douteuses et les modalités de calcul des provisions qui doivent être mises en conformité avec le code de la sécurité sociale.

Dans la branche famille, en dehors des quelques opérations de rattachement passées par les CAF, auxquelles est laissée une grande marge d'appréciation pour le calcul des charges à payer, aucune provision pour rappels n'a été prévue. Les prêts, dont les modalités de traitement ne sont pas évoquées dans la circulaire de la CNAF, ne font pas l'objet d'une provision pour dépréciation au sens strict. C'est la raison pour laquelle la CNAF envisage de réécrire une circulaire dont la diffusion est prévue avant la fin de l'année 2000.

De façon analogue, l'instruction de la CNAMTS sur les provisions pour créances douteuses doit être réécrite avec précision afin d'harmoniser les méthodes mises en œuvre par les CPAM.

La mise en œuvre de la réforme doit également se traduire par une nécessaire adaptation des applications informatiques. Pour la branche famille, la modification du logiciel CRISTAL, afin d'obtenir la ventilation des rappels entre exercice courant et exercice antérieur, est actuellement en expérimentation et la caisse nationale espère pouvoir la généraliser pour la fin de l'année 2000. La branche recouvrement a prévu d'améliorer l'application du recouvrement SNV2 en utilisant des informations figurant dans le système RACINE ou ayant leur source dans les bordereaux de l'employeur ou la mise en demeure. Les mentions de l'exercice comptable et de la période de référence permettront ainsi de ventiler les produits par exercice d'origine. Toutefois, le cahier des charges de cette application n'a pas encore été rédigé et l'ACOSS entend traiter d'abord le passage à l'euro puis l'harmonisation du plan de comptes. En tout état de cause, la branche recouvrement ne pense pas mettre en œuvre ces principes avant le 1er janvier 2003 ; si cette date devait être respectée, la Cour observe néanmoins qu'il aura fallu sept ans à l'ACOSS pour appliquer le décret du 23 mai 1996. Enfin, le nouveau schéma directeur de la branche vieillesse envisage de dater chaque événement afin de permettre une exacte ventilation des opérations mais aucun cahier des charges ni calendrier n'ont encore été adoptés.

C - Des principes comptables à respecter

. Des produits et des charges comptabilisés avec retard et parfois en fin d'année

S'agissant des **produits,** les caisses nationales des branches maladie, vieillesse et famille comptabilisent en cours d'année les encaissements reçus en compte de tiers (classe 4), Mais la comptabilisation du produit correspondant (classe 7) est reportée aux écritures d'arrêté des comptes après la transmission par l'ACOSS de la notification des produits, et des produits à recevoir. Plus précisément, les encaissements issus des répartitions RACINE entre branches sont comptabilisés en produits sur la base de l'état mensuel de répartition définitive établi par l'agent comptable de l'ACOSS, avec un décalage dans le temps. Les encaissements directs de l'ACOSS sont comptabilisés en produits dans les écritures de fin d'année. Dans ces conditions, les caisses nationales, bénéficiaires définitives des produits comptabilisés par l'ACOSS, en raison des très nombreux ajustements *a posteriori* auxquels elle procède, attendent la fin de l'année pour ne pas prendre le risque d'avoir à passer des écritures de régularisation. De la sorte, les prescriptions du plan comptable général de 1999 (comptabilisation au moins mensuelle des produits) ne sont pas respectées.

Pour ce qui concerne les **charges**, la CNAF, notamment pour l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et l'allocation de parent isolé, procède à une inscription des paiements en compte de tiers en cours d'année. Ce n'est qu'en fin d'exercice qu'elle comptabilise ces montants en charges. De même, les dotations versées par la CNAMTS aux caisses de base pour leur permettre d'assurer leurs obligations légales ou extralégales vis-à-vis de leurs affiliés ne sont pas comptabilisées en charge en cours d'année. Cette opération est reportée à la clôture de l'exercice.

2. Des incertitudes dans la fiabilité comptable

L'ACOSS établit lors de la clôture des comptes une notification retraçant pour chaque branche les produits et charges de l'exercice, les encaissements afférents à ces produits et les produits à recevoir. En ce qui concerne les produits relevant du recouvrement direct de l'ACOSS et selon la nature des encaissements qu'elle a réalisés, celle-ci n'est pas toujours en possession des éléments lui permettant d'émettre le titre de recettes autorisant sa comptabilisation en produit. A défaut, les encaissements correspondants sont donc comptabilisés en produits à recevoir. Il en résulte, dans certains cas, une situation étrange où le montant des produits à recevoir, évalué au 31 décembre et notifié aux caisses nationales, est supérieur au solde du compte de créance correspondant, c'est-à-dire le solde à l'ouverture augmenté des produits de l'exercice et des produits à recevoir et diminué des charges de l'exercice et des encaissements. Pour les transferts entre organismes (notamment la CSG prélevée sur les revenus de remplacement) pour lesquels les caisses nationales ont conclu entre elles des conventions, les mêmes décalages existent entre la comptabilisation de l'ACOSS et celle des caisses nationales.

La CNAMTS, considérant que les notifications de l'ACOSS ne traduisent pas la réalité de certaines opérations (la taxe automobile, la contribution des laboratoires et les droits de consommation sur les alcools) procède à une comptabilisation différente. Sont considérés comme étant de réels produits à recevoir les montants inscrits dans le solde du compte de créances. La différence entre les produits à recevoir notifiés par l'ACOSS et ceux retenus par la CNAMTS est comptabilisée en produits de l'exercice.

Cette situation n'est pas satisfaisante et pourrait être améliorée. Elle souligne la nécessité d'un véritable

dialogue entre les caisses portant sur le rapprochement des méthodes de comptabilisation. Il revient à cet égard à l'ACOSS d'établir un guide d'utilisation des écritures et des tableaux qu'elle notifierait aux caisses dépensières de manière à ce qu'elles sachent comment les exploiter, conformément aux demandes qui lui ont été faites. Ceci démontre par ailleurs la nécessité de la création d'une instance chargée d'arbitrer et de trancher des problèmes comptables de cette nature.

3. Les écritures de fin d'exercice

Les produits du recouvrement

Les imperfections de l'application informatique du recouvrement SNV2 ne permettent pas de traiter les opérations de l'exercice suivant tant que l'arrêté des comptes de l'exercice en cours n'a pas été effectué (le système ne peut en effet traiter deux exercices en même temps), ni distinguer les produits sur exercice courant et ceux relatifs aux exercices antérieurs. Malheureusement, la mise en œuvre de l'application RACINE a absorbé, selon l'ACOSS, tous les moyens en personnel disponibles, et le système informatique SNV2 n'a pas évolué. Les caisses attributaires sont particulièrement insatisfaites de ce système, qui ne leur permet pas de distinguer parmi les créances notifiées au titre de l'exercice celles qui se rattachent à cet exercice et celles qui se rattachent aux exercices antérieurs.

Les produits à recevoir

En 1996 et 1997, l'ACOSS a notifié aux caisses nationales attributaires les produits pour leur montant réel, la durée de sa période complémentaire de deux mois permettant la comptabilisation en produits courants des échéances de cotisations survenues en janvier et février n+1 et se rapportant à n. En 1998, le raccourcissement des délais d'établissement des comptes l'a conduite à notifier un montant beaucoup plus important de produits à recevoir, établi sur des bases statistiques. Mais comme on l'a mentionné précédemment, les caisses nationales ont comptabilisé des montants différents de cette notification. Il existe donc une asymétrie entre les opérations à laquelle il est nécessaire de remédier.

Les exonérations de cotisations sociales au titre de la politique de l'emploi (et que l'Etat rembourse), qui se rattachent à 1998 mais qui n'étaient pas encore liquidées au 31 décembre, ont fait l'objet d'une évaluation pour la première fois à la clôture de cet exercice. Depuis le 1er janvier 1998 et la mise en place du système RACINE, ces cotisations prises en charge par l'Etat sont traitées, sauf quelques exceptions, par les URSSAF et non plus par l'ACOSS. Dans cette nouvelle répartition des compétences, les produits à recevoir des mesures emploi devraient être logiquement évalués et comptabilisés dans les URSSAF. S'agissant d'une évaluation statistique, le calcul et la comptabilisation ont été faits par l'ACOSS en fonction des prévisions d'encaissement de janvier 1999. Ce choix a été justifié par la difficulté de procéder dans les URSSAF à une évaluation la plus précise possible compte tenu de la variété des mesures emploi et de leur complexité. La centralisation de cette évaluation a paru plus judicieuse à l'ACOSS. La réalité est tout autre : le plan comptable du recouvrement ne comptabilise pas les exonérations comme un produit. Il est donc impossible de procéder différemment à l'heure actuelle. Il en sera tout autrement lorsque le plan comptable sera aménagé sur ce point comme le propose la MIRCOSS.

Le rapprochement effectué à la demande de la Cour entre l'évaluation et les produits effectivement encaissés a fait apparaître une minoration globale de produit de 6,81 % soit 490 MF, mais dont la part respective varie en fonction des mesures emploi, les plus délicates à évaluer étant celles qui sont en fin d'application et celles qui sont en période de montée en charge.

Les charges constatées d'avance

Les CAF versent les allocations aides personnelles au logement (APL accession) mensuellement selon trois échéances les 5, 10 et 25 du mois. Les aides versées le 25 du mois concernent des faits générateurs qui peuvent intervenir du 27 du mois au 6 du mois suivant. L'échéance du 25 décembre a donc trait en partie à des charges à rattacher à l'année suivante. Il convient alors de comptabiliser des charges constatées d'avance afin de déterminer un résultat comptable en conformité avec les principes des droits constatés. Or, la CNAF n'a pas prévu cette évaluation. La nouvelle instruction de branche pourrait le cas échéant prendre en considération cette opération d'inventaire.

Les provisions

La direction de la sécurité sociale et la direction générale de la comptabilité publique ont autorisé à titre provisoire la diffusion des circulaires de 1996 de l'ACOSS avec toutefois des réserves sur deux points : évaluation de la provision en retenant le seul critère d'ancienneté et transfert de l'ensemble des créances existantes à la clôture de l'exercice au compte créances douteuses. Ces réserves ont été renouvelées en 1998. Néanmoins, l'ACOSS a reconduit les modalités de calcul statistique de ces provisions pour les exercices comptables 1997, 1998 et 1999, alors même qu'il avait été prévu d'affiner la méthode dès 1997. En 1999 également, des améliorations ont été envisagées afin que le système de calcul prenne en compte le caractère très récent de la créance (moins de trois mois, plus de trois mois), la présence d'une procédure collective ou d'une mise en instance d'admission en non valeur, la catégorie de cotisant, la distinction entre restes à recouvrer sur cotisations et restes à recouvrer sur majorations et pénalités et l'ancienneté de la créance, mais ces améliorations sont restées à l'état de projet. Il est donc nécessaire que l'ACOSS respecte le décret du 23 mai 1996 et aménage sa circulaire pour ce qui concerne la détermination des créances douteuses et les modalités de calcul de la provision.

En 1998, la CNAMTS a provisionné, après accord de la DSS un litige de 1,2 MdF concernant la contribution exceptionnelle des laboratoires pharmaceutiques. En effet, plusieurs laboratoires avaient formé un recours en annulation devant le Conseil d'Etat en évoquant son illégalité, et les éléments disponibles permettaient de penser qu'il avait beaucoup de chance d'aboutir. Les laboratoires ont obtenu gain de cause, et en début d'année 2000, l'ACOSS pour le compte de la CNAMTS a dû procéder au remboursement de cette contribution.

Il est rappelé compte tenu des observations des CODEC/COREC , que la CNAMTS devrait préciser les conditions de provisionnement des créances douteuses des CPAM ainsi que l'avait demandé la direction de la sécurité sociale en 1998, que la CNAF devrait adapter son logiciel CRISTAL de liquidation des prestations légales pour distinguer les rappels de l'année courante et les rappels concernant des droits ouverts au cours d'années antérieures et adapter l'instruction de branche pour calculer des provisions pour rappels à payer, enfin que la CNAV devrait faire évoluer son système d'information afin de rapprocher les rappels effectivement supportés des montants provisionnés dès lors que les reprises de provision calculées de manière statistique peuvent ne pas correspondre aux charges réelles.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

La réforme de la comptabilisation en droits constatés des opérations des gestions techniques des organismes de sécurité sociale constitue une étape indispensable sur la voie d'une comptabilité harmonisée de l'ensemble des organismes, nécessaire pour permettre au Parlement de contrôler l'exécution comptable des lois de financement de la sécurité sociale, et au Gouvernement de préparer dans les meilleures conditions ces mêmes lois de financement tout en bénéficiant des remontées d'informations plus rapides et plus fiables.

Les contrôles effectués par les COREC/CODEC sur les comptes des caisses locales du régime général pour l'exercice 1998 attestent que celles-ci ont, pour la plupart, appliqué de manière correcte les instructions mises en place par les caisses nationales. Lorsqu'elles ont été relevées, des défaillances tenaient pour l'essentiel à l'insuffisance des contrôles exercés par les caisses nationales, à des imprécisions des circulaires nationales et au défaut de mise à jour des applications informatiques nationales.

Les contrôles ont également permis de constater que les objectifs de la réforme avaient été peu ou pas du tout explicités par les caisses nationales, que la formation des personnels quels qu'ils soient (les agents de direction comme les agents des caisses) avait été très insuffisante. Dès lors les organismes n'ont que peu modifié leur organisation, leurs méthodes de travail et leurs procédures, ne tirant pas parti de l'apport de la réforme en matière d'aide à la gestion. Il serait à cet égard souhaitable que les conventions d'objectifs et de gestion (COG) puissent faire référence aux possibilités qu'offre la comptabilisation en droits constatés pour fixer des objectifs comptablement mesurables (indus, rappels, restes à recouvrer…).

Enfin, les principes généraux de la comptabilité ne sont pas tous respectés, qu'il s'agisse en cours d'exercice de la comptabilisation des produits et des charges concomitamment aux écritures de dettes et de créances ou, en fin d'exercice, des écritures de régularisation (produits à recevoir, charges à payer, provisions).

Il est donc tout à fait essentiel, notamment dans la perspective d'une harmonisation de la comptabilité des

organismes de sécurité sociale sur la base des travaux de la MIRCOSS, dont la Cour a rappelé les objectifs[62], que les applications informatiques soient ou mises à jour ou rénovées pour la date de mise en œuvre de cette réforme qui devrait être fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Il apparaît enfin indispensable qu'une instance nationale suive la réglementation du domaine comptable de la sécurité sociale et formule les propositions d'aménagement nécessaires. La DSS devrait bien entendu être étroitement impliquée dans cette instance, mais aussi les caisses et d'autres partenaires (direction générale de la comptabilité publique, INSEE, Cour des comptes,…). Les moyens dévolus à cette instance devraient être conséquents. On rappelle en effet que la mise en œuvre dans de bonnes conditions de la comptabilité en droits constatés, qui ne fera pas disparaître l'intérêt du suivi régulier des opérations d'encaissements et de décaissements, est essentielle pour rendre les résultats indépendants d'événements conjoncturels et pour apprécier la manière dont les organismes gèrent leurs droits et leurs créances.

RECOMMANDATIONS

1. L'ACOSS doit se fixer comme tâche prioritaire la rénovation de son application informatique SNV2 afin de procéder au rattachement correct des produits à l'exercice et au suivi comptable par exercice. Elle doit rédiger un guide d'utilisation de ses notifications de fin d'année. Elle doit adopter un mode de provisionnement des créances douteuses conforme au code de la sécurité sociale.

2. A l'appui de chaque encaissement effectué par l'ACOSS, les différents organismes versants doivent fournir un document précis permettant à la caisse d'effectuer la comptabilisation concomitante en produit.

3. Les caisses nationales doivent améliorer leurs procédures sur les points suivants :

- rappeler aux ordonnateurs et aux comptables leurs responsabilités respectives en matière de définition des provisions et leur permettre de les exercer ;

- coordonner et harmoniser leurs écritures comptables en cas de divergence sur opérations réciproques ;

- intensifier leurs opérations de contrôle des centralisations comptables.

4. Les caisses "dépensières" doivent procéder à des aménagements sur les points suivants:

la CNAMTS doit préciser ses instructions aux CPAM sur le provisionnement des créances douteuses ;

la CNAF doit aménager son logiciel CRISTAL pour mieux prendre en compte les indus et les rappels et préciser ses instructions en matière de reprise de charges à payer, de rattachement des produits et de calcul des provisions sur créances douteuses ;

la CNAV doit aménager ses applications informatiques pour mieux traiter comptablement les rappels.

5. Les tutelles et les caisses nationales doivent s'assurer que :

- les améliorations à apporter à la comptabilité en droits constatés dans les organismes fassent partie des conventions d'objectifs et de gestion ;

- le suivi des objectifs figurant dans les COG s'appuie sur des données issues de la comptabilité des organismes dès lors qu'elle est tenue en droits constatés.

6. Le suivi de la réglementation comptable des organismes de sécurité sociale doit être confié à une instance nationale regroupant la direction de la sécurité sociale, les caisses et les autres administrations et institutions concernées (direction générale de la comptabilité publique, INSEE, Cour des comptes,…).

Réponse

---

[60] Elles diffusent par ailleurs en fin d'année une circulaire destinée à l'arrêté des comptes. C'est l'occasion

de réaffirmer les principes et le cas échéant de modifier ou affiner les règles précédemment adoptées et qui s'appliquaient aux exercices antérieurs.

[61] Cet article prévoit l'évolution de la provision en fonction de la situation particulière des débiteurs de cotisations, éventuellement au moyen d'une estimation forfaitaire retenant comme référence des créances et situations de même nature, dont les risques de non-recouvrement sont identiques.

[62] Cf. le rapport au Parlement sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

Sommaire

LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE IV

Les dépenses de la sécurité sociale en 1999

L'Etat des comptes et des études

Les comptes et l'analyse de l'application de la loi de financement, présentés dans les chapitres précédents, nécessitent pour être bien compris d'être accompagnés d'éléments précisant leur pertinence, leur élaboration, leur précision. D'autre part, une bonne maîtrise du domaine requiert de disposer d'études descriptives, explicatives et prescriptives solides. Aussi ce chapitre est-il consacré à analyser quelques points relevant de ces questions.

Les trois premières sections ont trait au processus d'élaboration des informations comptables. Elles s'ordonnent chronologiquement. La première étape, l'établissement des comptes des organismes, est fondamentale. La première section examine la façon dont les organismes ont appliqué depuis 1996 la réforme consistant à les établir en droits constatés. La deuxième section décrit la deuxième étape du processus, c'est-à-dire la manière dont, à partir des comptes des organismes, la direction de la sécurité sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité élabore les informations comptables utiles à la commission des comptes de la sécurité sociale, au Parlement, au citoyen. Enfin, en aval, la troisième section met l'accent sur l'information précise dont on dispose sur l'encadrement –l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et les objectifs nationaux quantitatifs (OQN), c'est-à-dire les enveloppes par profession– et le suivi conjoncturel des dépenses.

Se trouvent ainsi soulignées à nouveau, en dépit des progrès notables que constituent les innovations et réformes des dernières années, certaines imprécisions des données comptables. En particulier, la réforme des droits constatés n'a pas été appliquée partout avec rigueur, la qualité des informations fournies par les organismes est variable, les retraitements faits pour obtenir et présenter les informations comptables en général, et l'ONDAM en particulier, sont source d'incertitudes.

En annexe du chapitre figure une analyse de l'état des études dans le domaine la sécurité sociale : comment s'est-on organisé pour les produire, quel est leur apport dans cinq grands domaines, état de santé, famille, pauvreté, vieillesse, dépendance ? En dépit des progrès indéniables depuis deux ou trois ans, nombre d'insuffisances demeurent, tant pour préparer les décisions que pour informer nos concitoyens.

Section I :
La mise en oeuvre dans le régime général de la réforme de la comptabilité selon la méthode des droits constatés

La réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale selon la méthode des droits constatés a été mise en œuvre à compter du 1er janvier 1996 pour les organismes du régime général. Le décret du 23 mai 1996 définit l'ensemble des règles applicables afin d'établir des comptes qui donnent une image fidèle des opérations des organismes de sécurité sociale (en application des règles de prudence, régularité et sincérité des écritures), et qui permette des consolidations.

La comptabilisation en droits constatés consiste à procéder au rattachement à un exercice des droits et obligations qui y sont nés, quelle que soit la date de dénouement en trésorerie de l'opération. Ce principe suppose donc que les faits générateurs soient définis afin d'identifier avec précision la date de naissance de l'opération. Cela signifie notamment que :

- pour les produits, les cotisations sociales doivent être rattachées à l'exercice au titre duquel elles sont dues et comptabilisées pour ce même montant, même si elles n'ont pas été encaissées (ainsi pour les régimes de salariés c'est le versement du salaire qui donne naissance à la créance des URSSAF et à la dette de l'entreprise) ;

- pour les charges, les prestations maladie, vieillesse, invalidité ou familiales doivent également être rattachées à l'exercice au titre duquel elles sont dues et comptabilisées pour ce même montant, même si elles n'ont pas été décaissées.

La Cour a inscrit au programme de travail des COREC et des CODEC, au titre des thèmes de vérification portant sur l'exercice 1998, les conditions de mise en œuvre dans les caisses locales, du principe de comptabilisation en droits constatés prévu par ce décret. Il lui a paru indispensable de compléter les informations recueillies au plan local par une analyse portant sur les mêmes conditions de mise en œuvre dans les organismes nationaux du régime général.

I - Une mise en œuvre délicate et contrastée dans les caisses de base

A - Une mise en œuvre progressive liée aux conditions de démarrage

Ainsi que la Cour l'a déjà observé dans ses rapports au Parlement sur la sécurité sociale de septembre 1996 et de septembre 1997, c'est par une lettre du 20 octobre 1994 que le ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville a invité les organismes de sécurité sociale à adopter le principe des droits constatés pour la comptabilisation des opérations des gestions techniques. L'entrée en vigueur de cette réforme était fixée au 1er janvier 1996 pour les organismes du régime général. Or, ce n'est qu'après avoir pris cette décision, le 20 octobre 1994, que le ministère des affaires sociales a créé, au sein de la commission des comptes de la sécurité sociale, un groupe de travail réunissant les administrations de tutelle et les représentants des caisses nationales du régime général, chargé d'étudier les conditions de mise en œuvre de la réforme. Même s'il est vrai que des études avaient été demandées par l'administration aux caisses nationales, elles ne s'étaient pas révélées conclusives. Le processus habituel de mise en place d'une réforme, à savoir l'étude préalable de la question, la réflexion sur les modalités techniques en concertation avec l'ensemble des partenaires et la prise de décision en fonction d'un échéancier raisonnable, n'a donc pas été retenu. On estimait en effet nécessaire de lancer le mouvement sans courir le risque de rester embourbé dans un dossier très technique, concernant un grand nombre de partenaires aux objectifs divers, voire parfois contradictoires.

Provisions, charges à payer et produits à recevoir

Les créances certaines acquises par un organisme, imputables à un exercice et pour lesquelles les pièces justificatives n'ont pas encore établies, sont comptabilisées à la clôture de cet exercice en **produits à recevoir.** Les produits à recevoir concernent essentiellement les cotisations afférentes à un exercice, mais dont les pièces justificatives ne sont reçues et exploitées qu'au début de l'exercice suivant. L'évaluation de ces produits peut être réalisée par l'application d'une méthode statistique suffisamment fiable.

Dès lors qu'il est constaté des dettes nettement précisées quant à leur objet mais dont l'incertitude porte soit sur le montant, soit sur l'échéance, des **charges à payer** doivent être comptabilisées. Ceci concerne des situations où l'identification des bénéficiaires de prestation est possible à réaliser et le montant de la dette envers chacun d'eux peut être évalué avec une précision suffisante. L'écart entre l'estimation effectuée et les sommes réellement versées doit être le plus réduit possible. A défaut, une provision pour risques et charges doit être constituée.

Les risques ou charges nettement précisés quant à leur objet et que des événements survenus ou en cours rendent probables entraînent la constitution de **provisions pour risques et charges techniques**. Cela permet aux organismes d'intégrer dans le résultat de l'exercice des prestations

dues au titre de cet exercice, et qui seront selon toute probabilité à payer aux assurés mais dont le montant ne peut être évalué avec exactitude. Le montant de ces provisions s'apprécie généralement à l'aide d'une méthode statistique faisant référence à des données historiques précises.

Une **provision pour dépréciation des créances douteuses** doit être constituée par les organismes dès lors que le recouvrement de la créance s'avère incertain. Le montant de cette provision peut être calculé soit à partir de l'examen de chaque créance, soit à partir d'une estimation statistique, sous réserve que la méthode arrêtée permette une approximation suffisante retenant comme référence des créances et des situations de même nature dont les risques de non recouvrement sont identiques.

De ce point de vue, c'est un pari réussi. La réforme a été mise en œuvre à compter du 1er janvier 1996 même si le décret n'a été pris que le 23 mai 1996. La circulaire interministérielle précisant notamment les conditions de comptabilisation en fin de gestion des opérations de régularisation (charges à payer, produits à recevoir, provisions) et invitant les organismes nationaux du régime général à fixer, dans des instructions propres, les modalités de mise en œuvre de ces opérations, a été signée le 3 juillet 1996, soit très rapidement après la publication du décret.

Mais la méthode utilisée a entraîné plusieurs inconvénients que les contrôles des COREC et des CODEC ont bien mis en lumière, à savoir une compréhension insuffisante des objectifs de la réforme, une formation trop limitée des personnels et surtout des délais très importants pour la modification des logiciels de comptabilité. Certes, les caisses nationales du régime général auraient pu mettre à profit les délais écoulés entre le rendu des conclusions du groupe de travail de la commission des comptes (mi 1995) et la publication du décret du 23 mai 1996 pour préparer les nécessaires adaptations de leur organisation, de leurs méthodes et de leurs systèmes. Tel n'a pas été le cas. Dès lors, les caisses ne pouvaient que se trouver dans l'impossibilité matérielle de modifier très rapidement leurs chaînes informatiques afin de les mettre en conformité avec les nouveaux principes. Aussi la réforme n'a-t-elle pu être mise en place que de manière partielle et progressive.

B - Une information abondante mais une formation insuffisante

Les caisses nationales ont chacune diffusé en 1996 (juillet, août, septembre et décembre pour la CNAMTS, septembre pour la CNAV, septembre pour la CNAF, septembre et décembre pour l'ACOSS) une ou plusieurs circulaires précisant à l'attention des caisses de base les règles pratiques de mise en œuvre des nouvelles procédures comptables[60].

Les COREC/CODEC ont observé que certaines caisses locales avaient pris l'initiative de compléter la diffusion de l'information, et ceci sous différentes formes. En revanche, cette information abondante n'a pas été suffisamment relayée par une formation spécifique des agents de direction comme des personnels des agences comptables, explicitant les objectifs poursuivis, les enjeux de la réforme et l'intérêt qu'elle représente en terme d'organisation, d'amélioration des procédures, de réflexion sur les chaînes informatiques et d'outil d'aide à la gestion. Dans 85 % des caisses contrôlées par les COREC/CODEC, les personnels n'ont pas bénéficié de la part des caisses nationales d'une formation spécifique expliquant les nouvelles règles comptables.

La diffusion d'une documentation abondante ne peut suppléer la mise en œuvre d'une formation qui se doit d'être adaptée aux personnels et à leur rôle dans le processus comptable. L'enjeu de la réforme n'ayant pas été expliqué à la plupart des cadres, ceux-ci l'ont ressentie comme une règle supplémentaire imposée, et l'objectif d'une meilleure restitution des données pour une information plus fiable n'est pas encore pleinement compris.

C - Redéfinir les rôles respectifs du directeur et de l'agent comptable

Le code de la sécurité sociale (articles D. 253-3 à D. 253-11) définit de manière précise les responsabilités respectives du directeur et de l'agent comptable des organismes. Elles n'ont pas été modifiées par la nouvelle réglementation. Mais celle-ci implique inévitablement des formes nouvelles de collaboration.

S'agissant de la branche recouvrement, le provisionnement des créances ne peut être qu'une compétence du directeur dès lors qu'il assume la responsabilité du recouvrement des cotisations. Les instructions de l'ACOSS prévoyaient que dans une première étape le directeur procède à un classement des créances afin d'utiliser son expertise sur la situation des dossiers. Or les COREC/CODEC ont constaté que, dans certaines URSSAF, le

directeur n’intervient ni dans la procédure de provisionnement des créances, ni dans le calcul des produits à recevoir. L’agent comptable assure la totalité des opérations liées au provisionnement, et seul l’état des provisions est visé par l’ordonnateur. Une collaboration entre l’ordonnateur et le comptable s’avère absolument indispensable dans ce domaine, ainsi que le montre l’exemple de certaines URSSAF où les calculs sont effectués par un statisticien qui dépend du directeur, et les résultats sont validés conjointement par le directeur et l’agent comptable. Néanmoins, l’automatisation des calculs de provision a pour effet de "déresponsabiliser" le directeur et l’agent comptable, en contradiction avec l’esprit de la réforme.

Dans l’assurance maladie, les règles sont appliquées de manière plus claire : les provisions relatives aux prestations sont pour l’essentiel arrêtées et contrôlées par l’agent comptable, les charges à payer et les autres provisions étant déterminées par le directeur.

D'une façon générale, une coopération entre le directeur et l’agent comptable dans les procédures d’évaluation des provisions s’impose afin que toutes les informations disponibles soient utilisées et que les évaluations gagnent en précision sans pour autant retarder les dates de production des comptes.

D - Des outils informatiques encore mal adaptés

L’adaptation des outils informatiques a été diversement mise en œuvre selon les branches, et au sein d’une même branche, elle se situe à des stades d’avancement différents.

Au sein des URSSAF, l’application SNV2 n’a pas encore pu être fondamentalement modifiée par l’ACOSS. Des applications bureautiques légères ont donc été conçues notamment pour le calcul des provisions et des produits à recevoir. Mais la modification essentielle consistant à permettre la ventilation des produits selon l’exercice d’origine n’a pas été effectuée, alors même que les informations utiles sont disponibles dans le système.

Les CAF ont progressivement adopté le logiciel CRISTAL (sur ce sujet, cf. chapitre XII, *infra*, p. 457). Mais il ne permet pas encore la prise en compte de toutes les informations nécessaires à la comptabilisation des droits constatés. Il nécessite encore des améliorations puisque le calcul de certaines provisions et le suivi de leur consommation ne sont pas pris en compte par le système.

Dans les CPAM, un logiciel de calcul des provisions a été élaboré par la CNAMTS. C’est un outil souple puisqu’il autorise la prise en compte d'éléments issus de particularités locales.

E - Une information dont l’exactitude et la sincérité varient selon les organismes

Avant le 1er janvier 1996, la constatation des produits et des charges dans la comptabilité des organismes intervenait au moment de leur encaissement ou de leur paiement. Les caisses nationales, dans les instructions d’application de la réforme, n’ont pas modifié cette comptabilisation mais simplement préconisé des écritures d’inventaire à la clôture de l’exercice. En effet, compte tenu de la date de sortie des décrets, elles ont dû prendre rapidement des dispositions pour permettre la mise en œuvre de la réforme lors de la détermination des comptes 1996. Dès lors, les écritures de charges et de produits ne sont pas passées en cours d’exercice, contrairement aux règles du plan comptable général. Il ne sera définitivement remédié à cette situation provisoire que lorsque le projet de plan comptable élaboré par la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS) et conforme au plan comptable général de 1999, sera mis en œuvre.

En pratique, le principe des droits constatés se traduit par le rattachement des charges à l’exercice de naissance du fait générateur, soit sous forme de charges à payer soit sous forme de provisions, et le rattachement des produits sous forme de produits à recevoir (encadré ci-après). Le contrôle des organismes exercé par les COREC/CODEC a permis de constater des situations disparates dans l’application de ces principes de base.

1. Des opérations rattachées à l’exercice de réalisation du fait générateur, mais dont on ne peut mesurer l’exactitude

S’agissant des caisses d’allocations familiales, l’allocation pour la garde d’enfant à domicile (AGED) et l’aide à la famille pour l’emploi d’une assistante maternelle agréée (AFEAMA) ont pour la première fois en 1998 fait l’objet de calcul de charges à payer sur des bases statistiques. Si le recours à une évaluation statistique est

conforme aux principes comptables, la pertinence de cette évaluation n'a pu être mesurée par les vérificateurs des COREC/CODEC faute de pouvoir identifier avec précision l'origine du fait générateur des versements du premier trimestre 1999. Cette remarque vaut également pour le calcul des charges à payer inhérentes aux prestations familiales. En l'absence d'un système informatique fiable ventilant les prestations payées en fonction de leur fait générateur, il est absolument impossible de confronter cette évaluation avec la réalité de la charge, et par conséquent, d'apprécier le niveau des charges à payer et de donner un avis sur la justesse des méthodes adoptées et de leur mise en œuvre.

2. Des provisions diversement évaluées par les URSSAF, les CPAM et les CAF

Les URSSAF ont dû procéder, à compter de 1996, au rattachement de l'ensemble des créances acquises à cette même date et, par suite, constater des provisions pour dépréciation des créances douteuses ou litigieuses. Les COREC/CODEC ont observé que le calcul de ces provisions est fondé sur une méthode statistique élaborée par l'ACOSS, dont le principe n'est pas contestable. En revanche sa mise en œuvre pose problème. Car les taux de provisionnement calculés sont appliqués de manière indifférenciée à l'ensemble des créances existantes au 31 décembre, sans distinguer celles qui sont réellement douteuses. Les difficultés réelles de recouvrement liées à l'ancienneté de la créance, à la situation du débiteur, à la situation économique locale ou selon les délais accordés, ne sont pas prises en compte. Cette méthode, et par conséquent l'instruction de l'ACOSS qui l'a instituée, ne sont donc pas conformes aux dispositions de l'article D 253-17-4 du code de la sécurité sociale[61], ce qui explique que les COREC/CODEC n'aient pas pu se faire produire l'état annexe au compte financier retraçant le calcul des provisions afin de vérifier les modalités de calcul et leur permanence au fil des exercices. Les comités ont constaté en outre que cette méthode aboutit à des situations surprenantes où les provisions sont nettement surévaluées et notamment très supérieures au taux de restes à recouvrer. En effet, le fait qu'une créance fasse l'objet d'une mise en demeure, d'un simple rappel ou de délais ne signifie pas que son recouvrement soit impossible ou gravement compromis.

De plus, ces provisions ne font pas l'objet de reprise, sauf dans le cas où la provision évaluée au 31 décembre d'une année est inférieure à l'évaluation faite au 31 décembre de l'année précédente. Aucun rapprochement n'est donc effectué entre les charges réellement supportées et l'évaluation de la provision correspondante. Il conviendrait que les créances douteuses ou litigieuses soient isolées dans le compte spécifique qui leur est réservé, que la provision soit calculée à partir de celui-ci, tout en affinant la méthode et qu'elle soit rapprochée des charges effectivement supportées à ce titre au cours de l'exercice ou des exercices postérieurs, afin que les dispositions du code de la sécurité sociale soient appliquées.

Pour ce qui concerne les gestions techniques, les créances douteuses des CPAM sont composées de prestations et frais de contentieux à récupérer. Chaque caisse apprécie le seuil de provisionnement en fonction de la moyenne des créances. Les COREC/CODEC ont observé que l'examen et le provisionnement de ces créances sont très variables selon les caisses. Seules certaines caisses procèdent correctement : le service contentieux réalise alors un examen méthodique des créances pour déterminer celles qui doivent faire l'objet d'une provision. Dans les autres, ou bien le service contentieux ne détermine pas avec exactitude faute d'un suivi suffisant les créances dont le recouvrement est manifestement compromis ou bien les provisions sont sous-évaluées voire inexistantes. L'examen précis des créances afin de déterminer celles qui sont susceptibles d'être inscrites en créances irrecouvrables ou en créances douteuses, comme l'évaluation d'une provision dans les cas de créances douteuses, sont indispensables afin de donner une image fidèle du bilan des CPAM.

Les seules provisions pour dépréciations constatées dans les CAF concernent les créances prescrites, c'est-à-dire en droit irrécouvrables (et qui devraient faire l'objet d'une comptabilisation en pertes). En revanche, l'instruction diffusée par la CNAF n'a pas prévu la comptabilisation de provision pour dépréciation des créances non prescrites. Or, il apparaît que de nombreux dossiers gérés par les services contentieux devraient faire l'objet de provision car le recouvrement en est gravement compromis. Les créances douteuses des CAF devraient donc être isolées dans un compte spécifique et faire l'objet d'un examen approfondi afin de déterminer le montant des provisions à constituer.

Le calcul des provisions pour prestations à payer des CPAM a été précisé par circulaire de la CNAMTS chaque année afin de conduire à un calcul de plus en plus précis et reposant sur une analyse rétrospective des provisions et de leur utilisation. La tendance du provisionnement dans les CPAM a évolué de la manière suivante au cours des trois années : la première année (1996) les provisions constituées ont été largement surévaluées, et ont été très largement supérieures aux dépenses réelles

(+15 % soit près de 4 MdF), la seconde année (1997) les provisions ont été revues à la baisse et cela a eu pour conséquence une insuffisance de provision (-2 %, soit 0,4 MdF), même s'il a été constaté quelques cas de surévaluation, enfin la troisième année (1998) les provisions ont été dans le cas général assez proches de la réalité, même si les COREC/CODEC ont pu observer dans certaines caisses une surestimation supérieure à celle de 1997 (en moyenne, dans l'ensemble de la branche, la surestimation a été de 4 %, soit 0,8 MdF). Le recours au tiers payant ou l'utilisation généralisée de SESAM Vitale diminuant le montant des charges à provisionner devrait conduire à une précision plus grande dans la détermination du résultat.

Bien que le mode de calcul ne soit pas transposable pour d'autres types de provision, la démarche suivie par la CNAMTS est l'illustration positive de ce qui peut être fait dans ce domaine. En effet, la méthode élaborée ainsi que le système d'information employé permettent de faire un rapprochement entre le montant de la provision et les charges réelles qui surviennent au cours de l'exercice suivant. Cette corrélation est indispensable, et les autres caisses nationales pourraient s'en inspirer dans l'évaluation de leurs provisions et modifier leurs systèmes informatiques en conséquence.

Dans certains cas, la prise en charge comptable est faite dans plusieurs branches, ce qui impose une certaine cohérence. Ainsi, l'AGED et l'AFEAMA versées par les CAF sont calculées à partir des informations contenues dans les bordereaux trimestriels remis par les employeurs aux URSSAF à l'issue de chaque période. Le traitement avec retard de bordereaux par certaines URSSAF a conduit des CAF à comptabiliser en 1998 des charges minorées, et par suite des charges à payer également minorées. En 1999, des mises au point entre les CAF et URSSAF concernées ont permis d'améliorer les transmissions d'information afin d'aboutir à des évaluations plus pertinentes.

Au-delà de ces différents constats effectués par les CODEC/COREC, il reste à souligner des incohérences d'ensemble importantes au regard du but ultime qu'est la production de "comptes combinés" (les comptes combinés sont en réalité des comptes consolidés, mais entre organismes d'un même secteur d'activité qui ne sont pas détenus par une société mère). S'agissant par exemple de l'AGED et de l'AFEAMA, deux évaluations sont faites : d'une part, au niveau des URSSAF, sont évalués au 31 décembre des produits à recevoir concernant les cotisations afférentes aux salaires versés pendant le dernier trimestre de l'année par les employeurs de nourrice agréée ou de garde à domicile, d'autre part au niveau des CAF, sont évaluées des charges à payer concernant la prise en charge de tout ou partie de ces mêmes cotisations par ces organismes. Ces deux évaluations devraient être fondées sur des bases identiques car se rapportant au même fait générateur, le versement d'un salaire à une nourrice agréée ou une garde à domicile. Or, dans la pratique, il n'y a aucune corrélation entre les deux évaluations. L'évaluation des URSSAF est totalement forfaitaire, celle des CAF à un degré moindre, mais en tout état de cause, à aucun moment elles ne sont rapprochées pour tenter d'en vérifier la pertinence et la cohérence. Il conviendrait donc que chacun des deux organismes ajuste ses évaluations en prenant en considération le cas échéant les informations détenues par l'autre afin d'atteindre une plus grande fiabilité.

3. Une surestimation des produits à recevoir des URSSAF

La nécessité de réduire les délais de production des comptes a conduit l'ACOSS à élaborer une méthode forfaitaire d'évaluation des produits à recevoir pour l'exercice 1998, déterminée sur la base de 10,44 % des encaissements 1998 en l'absence de référence initiale. L'adoption de cette méthode permet de déterminer les produits en cause dès la clôture de l'exercice. Dans la pratique, l'évaluation s'est révélée très éloignée de la réalité et a conduit la quasi-totalité des URSSAF à une surestimation des produits à recevoir. Compte tenu des masses concernées, une incertitude globalement faible, 0,60 %, a conduit à une majoration du résultat de 6 MdF. Pour 1999, l'ACOSS, bien qu'ayant affiné sa méthode, a encore majoré les produits à recevoir de 1,7 MdF. Il lui revient de continuer à améliorer ses méthodes d'évaluation.

II - Une mise en place incomplète dans les caisses nationales du régime général

A - les contrôles des opérations des caisses de base par les caisses nationales sont parfois insuffisants

Afin de garantir l'homogénéité de la comptabilisation et de la présentation des comptes, les caisses nationales diffusent pour chaque arrêté des comptes des instructions précises. Les balances contenant les écritures d'inventaire des caisses remontent vers les caisses nationales qui les agrègent après avoir effectué des

contrôles de cohérence. Ces opérations n'appellent pas de commentaires particuliers.

En revanche, le contrôle des écritures d'inventaire peut soulever quelques difficultés. En effet, la CNAF ne procède à aucun contrôle des opérations réalisées par les CAF afin de vérifier la mise en œuvre de la circulaire sur les droits constatés. Elle n'est donc pas en mesure d'attester de l'exhaustivité des opérations effectuées. L'ACOSS a procédé, en 1998, à un contrôle exhaustif des produits à recevoir et, par échantillon, des provisions. En 1999, ce contrôle a porté sur l'ensemble des opérations. Cependant, ce contrôle est purement formel, car il permet uniquement de détecter des valeurs aberrantes résultant la plupart du temps d'erreurs de saisie, les formules de calcul étant réalisées nationalement par l'ACOSS elle-même. En revanche, l'ACOSS n'exerce aucun contrôle sur les autres opérations remontant des URSSAF.

S'agissant de la branche maladie, les CPAM adressent à la caisse nationale un état récapitulatif des provisions, à l'appui duquel elles doivent fournir les justificatifs du calcul, son analyse et son évolution. La CNAMTS exerce un contrôle de cohérence afin de juger du réalisme des facteurs retenus, et demande le cas échéant des précisions, voire des modifications. Ainsi en 1999, une cinquantaine de caisses locales ont modifié leurs provisions. Enfin, la CNAV procédant elle-même au calcul des provisions pour rappel de prestations a seulement besoin de vérifier que les CRAM ont bien comptabilisé les montants communiqués.

Ainsi, les contrôles mis en œuvre sont parfois purement formels, voire inexistants. Il est pourtant indispensable que les caisses nationales contrôlent les opérations des caisses de base.

B - Des aménagement à apporter à court terme aux circulaires et aux applications informatiques

Ainsi que cela a été dit plus haut, les circulaires des caisses nationales n'ont pas traité certains sujets qui ont une influence sur le résultat des caisses de base. D'autres sujets sont à réexaminer. Une réécriture des différentes instructions est donc indispensable. Tel est le cas de l'ACOSS en ce qui concerne la détermination des créances douteuses et les modalités de calcul des provisions qui doivent être mises en conformité avec le code de la sécurité sociale.

Dans la branche famille, en dehors des quelques opérations de rattachement passées par les CAF, auxquelles est laissée une grande marge d'appréciation pour le calcul des charges à payer, aucune provision pour rappels n'a été prévue. Les prêts, dont les modalités de traitement ne sont pas évoquées dans la circulaire de la CNAF, ne font pas l'objet d'une provision pour dépréciation au sens strict. C'est la raison pour laquelle la CNAF envisage de réécrire une circulaire dont la diffusion est prévue avant la fin de l'année 2000.

De façon analogue, l'instruction de la CNAMTS sur les provisions pour créances douteuses doit être réécrite avec précision afin d'harmoniser les méthodes mises en œuvre par les CPAM.

La mise en œuvre de la réforme doit également se traduire par une nécessaire adaptation des applications informatiques. Pour la branche famille, la modification du logiciel CRISTAL, afin d'obtenir la ventilation des rappels entre exercice courant et exercice antérieur, est actuellement en expérimentation et la caisse nationale espère pouvoir la généraliser pour la fin de l'année 2000. La branche recouvrement a prévu d'améliorer l'application du recouvrement SNV2 en utilisant des informations figurant dans le système RACINE ou ayant leur source dans les bordereaux de l'employeur ou la mise en demeure. Les mentions de l'exercice comptable et de la période de référence permettront ainsi de ventiler les produits par exercice d'origine. Toutefois, le cahier des charges de cette application n'a pas encore été rédigé et l'ACOSS entend traiter d'abord le passage à l'euro puis l'harmonisation du plan de comptes. En tout état de cause, la branche recouvrement ne pense pas mettre en œuvre ces principes avant le 1er janvier 2003 ; si cette date devait être respectée, la Cour observe néanmoins qu'il aura fallu sept ans à l'ACOSS pour appliquer le décret du 23 mai 1996. Enfin, le nouveau schéma directeur de la branche vieillesse envisage de dater chaque événement afin de permettre une exacte ventilation des opérations mais aucun cahier des charges ni calendrier n'ont encore été adoptés.

C - Des principes comptables à respecter

. Des produits et des charges comptabilisés avec retard et parfois en fin d'année

S'agissant des **produits,** les caisses nationales des branches maladie, vieillesse et famille comptabilisent en

cours d'année les encaissements reçus en compte de tiers (classe 4), Mais la comptabilisation du produit correspondant (classe 7) est reportée aux écritures d'arrêté des comptes après la transmission par l'ACOSS de la notification des produits, et des produits à recevoir. Plus précisément, les encaissements issus des répartitions RACINE entre branches sont comptabilisés en produits sur la base de l'état mensuel de répartition définitive établi par l'agent comptable de l'ACOSS, avec un décalage dans le temps. Les encaissements directs de l'ACOSS sont comptabilisés en produits dans les écritures de fin d'année. Dans ces conditions, les caisses nationales, bénéficiaires définitives des produits comptabilisés par l'ACOSS, en raison des très nombreux ajustements *a posteriori* auxquels elle procède, attendent la fin de l'année pour ne pas prendre le risque d'avoir à passer des écritures de régularisation. De la sorte, les prescriptions du plan comptable général de 1999 (comptabilisation au moins mensuelle des produits) ne sont pas respectées.

Pour ce qui concerne les **charges**, la CNAF, notamment pour l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et l'allocation de parent isolé, procède à une inscription des paiements en compte de tiers en cours d'année. Ce n'est qu'en fin d'exercice qu'elle comptabilise ces montants en charges. De même, les dotations versées par la CNAMTS aux caisses de base pour leur permettre d'assurer leurs obligations légales ou extralégales vis-à-vis de leurs affiliés ne sont pas comptabilisées en charge en cours d'année. Cette opération est reportée à la clôture de l'exercice.

2. Des incertitudes dans la fiabilité comptable

L'ACOSS établit lors de la clôture des comptes une notification retraçant pour chaque branche les produits et charges de l'exercice, les encaissements afférents à ces produits et les produits à recevoir. En ce qui concerne les produits relevant du recouvrement direct de l'ACOSS et selon la nature des encaissements qu'elle a réalisés, celle-ci n'est pas toujours en possession des éléments lui permettant d'émettre le titre de recettes autorisant sa comptabilisation en produit. A défaut, les encaissements correspondants sont donc comptabilisés en produits à recevoir. Il en résulte, dans certains cas, une situation étrange où le montant des produits à recevoir, évalué au 31 décembre et notifié aux caisses nationales, est supérieur au solde du compte de créance correspondant, c'est-à-dire le solde à l'ouverture augmenté des produits de l'exercice et des produits à recevoir et diminué des charges de l'exercice et des encaissements. Pour les transferts entre organismes (notamment la CSG prélevée sur les revenus de remplacement) pour lesquels les caisses nationales ont conclu entre elles des conventions, les mêmes décalages existent entre la comptabilisation de l'ACOSS et celle des caisses nationales.

La CNAMTS, considérant que les notifications de l'ACOSS ne traduisent pas la réalité de certaines opérations (la taxe automobile, la contribution des laboratoires et les droits de consommation sur les alcools) procède à une comptabilisation différente. Sont considérés comme étant de réels produits à recevoir les montants inscrits dans le solde du compte de créances. La différence entre les produits à recevoir notifiés par l'ACOSS et ceux retenus par la CNAMTS est comptabilisée en produits de l'exercice.

Cette situation n'est pas satisfaisante et pourrait être améliorée. Elle souligne la nécessité d'un véritable dialogue entre les caisses portant sur le rapprochement des méthodes de comptabilisation. Il revient à cet égard à l'ACOSS d'établir un guide d'utilisation des écritures et des tableaux qu'elle notifierait aux caisses dépensières de manière à ce qu'elles sachent comment les exploiter, conformément aux demandes qui lui ont été faites. Ceci démontre par ailleurs la nécessité de la création d'une instance chargée d'arbitrer et de trancher des problèmes comptables de cette nature.

3. Les écritures de fin d'exercice

Les produits du recouvrement

Les imperfections de l'application informatique du recouvrement SNV2 ne permettent pas de traiter les opérations de l'exercice suivant tant que l'arrêté des comptes de l'exercice en cours n'a pas été effectué (le système ne peut en effet traiter deux exercices en même temps), ni distinguer les produits sur exercice courant et ceux relatifs aux exercices antérieurs. Malheureusement, la mise en œuvre de l'application RACINE a absorbé, selon l'ACOSS, tous les moyens en personnel disponibles, et le système informatique SNV2 n'a pas évolué. Les caisses attributaires sont particulièrement insatisfaites de ce système, qui ne leur permet pas de distinguer parmi les créances notifiées au titre de l'exercice celles qui se rattachent à cet exercice et celles qui

se rattachent aux exercices antérieurs.

Les produits à recevoir

En 1996 et 1997, l'ACOSS a notifié aux caisses nationales attributaires les produits pour leur montant réel, la durée de sa période complémentaire de deux mois permettant la comptabilisation en produits courants des échéances de cotisations survenues en janvier et février n+1 et se rapportant à n. En 1998, le raccourcissement des délais d'établissement des comptes l'a conduite à notifier un montant beaucoup plus important de produits à recevoir, établi sur des bases statistiques. Mais comme on l'a mentionné précédemment, les caisses nationales ont comptabilisé des montants différents de cette notification. Il existe donc une asymétrie entre les opérations à laquelle il est nécessaire de remédier.

Les exonérations de cotisations sociales au titre de la politique de l'emploi (et que l'Etat rembourse), qui se rattachent à 1998 mais qui n'étaient pas encore liquidées au 31 décembre, ont fait l'objet d'une évaluation pour la première fois à la clôture de cet exercice. Depuis le 1er janvier 1998 et la mise en place du système RACINE, ces cotisations prises en charge par l'Etat sont traitées, sauf quelques exceptions, par les URSSAF et non plus par l'ACOSS. Dans cette nouvelle répartition des compétences, les produits à recevoir des mesures emploi devraient être logiquement évalués et comptabilisés dans les URSSAF. S'agissant d'une évaluation statistique, le calcul et la comptabilisation ont été faits par l'ACOSS en fonction des prévisions d'encaissement de janvier 1999. Ce choix a été justifié par la difficulté de procéder dans les URSSAF à une évaluation la plus précise possible compte tenu de la variété des mesures emploi et de leur complexité. La centralisation de cette évaluation a paru plus judicieuse à l'ACOSS. La réalité est tout autre : le plan comptable du recouvrement ne comptabilise pas les exonérations comme un produit. Il est donc impossible de procéder différemment à l'heure actuelle. Il en sera tout autrement lorsque le plan comptable sera aménagé sur ce point comme le propose la MIRCOSS.

Le rapprochement effectué à la demande de la Cour entre l'évaluation et les produits effectivement encaissés a fait apparaître une minoration globale de produit de 6,81 % soit 490 MF, mais dont la part respective varie en fonction des mesures emploi, les plus délicates à évaluer étant celles qui sont en fin d'application et celles qui sont en période de montée en charge.

Les charges constatées d'avance

Les CAF versent les allocations aides personnelles au logement (APL accession) mensuellement selon trois échéances les 5, 10 et 25 du mois. Les aides versées le 25 du mois concernent des faits générateurs qui peuvent intervenir du 27 du mois au 6 du mois suivant. L'échéance du 25 décembre a donc trait en partie à des charges à rattacher à l'année suivante. Il convient alors de comptabiliser des charges constatées d'avance afin de déterminer un résultat comptable en conformité avec les principes des droits constatés. Or, la CNAF n'a pas prévu cette évaluation. La nouvelle instruction de branche pourrait le cas échéant prendre en considération cette opération d'inventaire.

Les provisions

La direction de la sécurité sociale et la direction générale de la comptabilité publique ont autorisé à titre provisoire la diffusion des circulaires de 1996 de l'ACOSS avec toutefois des réserves sur deux points : évaluation de la provision en retenant le seul critère d'ancienneté et transfert de l'ensemble des créances existantes à la clôture de l'exercice au compte créances douteuses. Ces réserves ont été renouvelées en 1998. Néanmoins, l'ACOSS a reconduit les modalités de calcul statistique de ces provisions pour les exercices comptables 1997, 1998 et 1999, alors même qu'il avait été prévu d'affiner la méthode dès 1997. En 1999 également, des améliorations ont été envisagées afin que le système de calcul prenne en compte le caractère très récent de la créance (moins de trois mois, plus de trois mois), la présence d'une procédure collective ou d'une mise en instance d'admission en non valeur, la catégorie de cotisant, la distinction entre restes à recouvrer sur cotisations et restes à recouvrer sur majorations et pénalités et l'ancienneté de la créance, mais ces améliorations sont restées à l'état de projet. Il est donc nécessaire que l'ACOSS respecte le décret du 23 mai 1996 et aménage sa circulaire pour ce qui concerne la détermination des créances douteuses et les modalités de calcul de la provision.

En 1998, la CNAMTS a provisionné, après accord de la DSS un litige de 1,2 MdF concernant la contribution

exceptionnelle des laboratoires pharmaceutiques. En effet, plusieurs laboratoires avaient formé un recours en annulation devant le Conseil d'Etat en évoquant son illégalité, et les éléments disponibles permettaient de penser qu'il avait beaucoup de chance d'aboutir. Les laboratoires ont obtenu gain de cause, et en début d'année 2000, l'ACOSS pour le compte de la CNAMTS a dû procéder au remboursement de cette contribution.

Il est rappelé compte tenu des observations des CODEC/COREC , que la CNAMTS devrait préciser les conditions de provisionnement des créances douteuses des CPAM ainsi que l'avait demandé la direction de la sécurité sociale en 1998, que la CNAF devrait adapter son logiciel CRISTAL de liquidation des prestations légales pour distinguer les rappels de l'année courante et les rappels concernant des droits ouverts au cours d'années antérieures et adapter l'instruction de branche pour calculer des provisions pour rappels à payer, enfin que la CNAV devrait faire évoluer son système d'information afin de rapprocher les rappels effectivement supportés des montants provisionnés dès lors que les reprises de provision calculées de manière statistique peuvent ne pas correspondre aux charges réelles.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

La réforme de la comptabilisation en droits constatés des opérations des gestions techniques des organismes de sécurité sociale constitue une étape indispensable sur la voie d'une comptabilité harmonisée de l'ensemble des organismes, nécessaire pour permettre au Parlement de contrôler l'exécution comptable des lois de financement de la sécurité sociale, et au Gouvernement de préparer dans les meilleures conditions ces mêmes lois de financement tout en bénéficiant des remontées d'informations plus rapides et plus fiables.

Les contrôles effectués par les COREC/CODEC sur les comptes des caisses locales du régime général pour l'exercice 1998 attestent que celles-ci ont, pour la plupart, appliqué de manière correcte les instructions mises en place par les caisses nationales. Lorsqu'elles ont été relevées, des défaillances tenaient pour l'essentiel à l'insuffisance des contrôles exercés par les caisses nationales, à des imprécisions des circulaires nationales et au défaut de mise à jour des applications informatiques nationales.

Les contrôles ont également permis de constater que les objectifs de la réforme avaient été peu ou pas du tout explicités par les caisses nationales, que la formation des personnels quels qu'ils soient (les agents de direction comme les agents des caisses) avait été très insuffisante. Dès lors les organismes n'ont que peu modifié leur organisation, leurs méthodes de travail et leurs procédures, ne tirant pas parti de l'apport de la réforme en matière d'aide à la gestion. Il serait à cet égard souhaitable que les conventions d'objectifs et de gestion (COG) puissent faire référence aux possibilités qu'offre la comptabilisation en droits constatés pour fixer des objectifs comptablement mesurables (indus, rappels, restes à recouvrer…).

Enfin, les principes généraux de la comptabilité ne sont pas tous respectés, qu'il s'agisse en cours d'exercice de la comptabilisation des produits et des charges concomitamment aux écritures de dettes et de créances ou, en fin d'exercice, des écritures de régularisation (produits à recevoir, charges à payer, provisions).

Il est donc tout à fait essentiel, notamment dans la perspective d'une harmonisation de la comptabilité des organismes de sécurité sociale sur la base des travaux de la MIRCOSS, dont la Cour a rappelé les objectifs[62], que les applications informatiques soient ou mises à jour ou rénovées pour la date de mise en œuvre de cette réforme qui devrait être fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Il apparaît enfin indispensable qu'une instance nationale suive la réglementation du domaine comptable de la sécurité sociale et formule les propositions d'aménagement nécessaires. La DSS devrait bien entendu être étroitement impliquée dans cette instance, mais aussi les caisses et d'autres partenaires (direction générale de la comptabilité publique, INSEE, Cour des comptes,…). Les moyens dévolus à cette instance devraient être conséquents. On rappelle en effet que la mise en œuvre dans de bonnes conditions de la comptabilité en droits constatés, qui ne fera pas disparaître l'intérêt du suivi régulier des opérations d'encaissements et de décaissements, est essentielle pour rendre les résultats indépendants d'événements conjoncturels et pour apprécier la manière dont les organismes gèrent leurs droits et leurs créances.

RECOMMANDATIONS

1. L'ACOSS doit se fixer comme tâche prioritaire la rénovation de son application informatique SNV2 afin de procéder au rattachement correct des produits à l'exercice et au suivi comptable par exercice. Elle doit

rédiger un guide d'utilisation de ses notifications de fin d'année. Elle doit adopter un mode de provisionnement des créances douteuses conforme au code de la sécurité sociale.

2. A l'appui de chaque encaissement effectué par l'ACOSS, les différents organismes versants doivent fournir un document précis permettant à la caisse d'effectuer la comptabilisation concomitante en produit.

3. Les caisses nationales doivent améliorer leurs procédures sur les points suivants :

- rappeler aux ordonnateurs et aux comptables leurs responsabilités respectives en matière de définition des provisions et leur permettre de les exercer ;

- coordonner et harmoniser leurs écritures comptables en cas de divergence sur opérations réciproques ;

- intensifier leurs opérations de contrôle des centralisations comptables.

4. Les caisses "dépensières" doivent procéder à des aménagements sur les points suivants:

la CNAMTS doit préciser ses instructions aux CPAM sur le provisionnement des créances douteuses ;

la CNAF doit aménager son logiciel CRISTAL pour mieux prendre en compte les indus et les rappels et préciser ses instructions en matière de reprise de charges à payer, de rattachement des produits et de calcul des provisions sur créances douteuses ;

la CNAV doit aménager ses applications informatiques pour mieux traiter comptablement les rappels.

5. Les tutelles et les caisses nationales doivent s'assurer que :

- les améliorations à apporter à la comptabilité en droits constatés dans les organismes fassent partie des conventions d'objectifs et de gestion ;

- le suivi des objectifs figurant dans les COG s'appuie sur des données issues de la comptabilité des organismes dès lors qu'elle est tenue en droits constatés.

6. Le suivi de la réglementation comptable des organismes de sécurité sociale doit être confié à une instance nationale regroupant la direction de la sécurité sociale, les caisses et les autres administrations et institutions concernées (direction générale de la comptabilité publique, INSEE, Cour des comptes,…).

Réponse

---

[60] Elles diffusent par ailleurs en fin d'année une circulaire destinée à l'arrêté des comptes. C'est l'occasion de réaffirmer les principes et le cas échéant de modifier ou affiner les règles précédemment adoptées et qui s'appliquaient aux exercices antérieurs.

[61] Cet article prévoit l'évolution de la provision en fonction de la situation particulière des débiteurs de cotisations, éventuellement au moyen d'une estimation forfaitaire retenant comme référence des créances et situations de même nature, dont les risques de non-recouvrement sont identiques.

[62] Cf. le rapport au Parlement sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

LA SECURITE SOCIALE

Sommaire

CHAPITRE IV

Les dépenses de la sécurité sociale en 1999

L'Etat des comptes et des études

Les comptes et l'analyse de l'application de la loi de financement, présentés dans les chapitres précédents, nécessitent pour être bien compris d'être accompagnés d'éléments précisant leur pertinence, leur élaboration, leur précision. D'autre part, une bonne maîtrise du domaine requiert de disposer d'études descriptives, explicatives et prescriptives solides. Aussi ce chapitre est-il consacré à analyser quelques points relevant de ces questions.

Les trois premières sections ont trait au processus d'élaboration des informations comptables. Elles s'ordonnent chronologiquement. La première étape, l'établissement des comptes des organismes, est fondamentale. La première section examine la façon dont les organismes ont appliqué depuis 1996 la réforme consistant à les établir en droits constatés. La deuxième section décrit la deuxième étape du processus, c'est-à-dire la manière dont, à partir des comptes des organismes, la direction de la sécurité sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité élabore les informations comptables utiles à la commission des comptes de la sécurité sociale, au Parlement, au citoyen. Enfin, en aval, la troisième section met l'accent sur l'information précise dont on dispose sur l'encadrement –l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et les objectifs nationaux quantitatifs (OQN), c'est-à-dire les enveloppes par profession– et le suivi conjoncturel des dépenses.

Se trouvent ainsi soulignées à nouveau, en dépit des progrès notables que constituent les innovations et réformes des dernières années, certaines imprécisions des données comptables. En particulier, la réforme des droits constatés n'a pas été appliquée partout avec rigueur, la qualité des informations fournies par les organismes est variable, les retraitements faits pour obtenir et présenter les informations comptables en général, et l'ONDAM en particulier, sont source d'incertitudes.

En annexe du chapitre figure une analyse de l’état des études dans le domaine la sécurité sociale : comment s’est-on organisé pour les produire, quel est leur apport dans cinq grands domaines, état de santé, famille, pauvreté, vieillesse, dépendance ? En dépit des progrès indéniables depuis deux ou trois ans, nombre d’insuffisances demeurent, tant pour préparer les décisions que pour informer nos concitoyens.

Section I :
La mise en oeuvre dans le régime général de la réforme de la comptabilité selon la méthode des droits constatés

La réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale selon la méthode des droits constatés a été mise en œuvre à compter du 1er janvier 1996 pour les organismes du régime général. Le décret du 23 mai 1996 définit l’ensemble des règles applicables afin d’établir des comptes qui donnent une image fidèle des opérations des organismes de sécurité sociale (en application des règles de prudence, régularité et sincérité des écritures), et qui permette des consolidations.

La comptabilisation en droits constatés consiste à procéder au rattachement à un exercice des droits et obligations qui y sont nés, quelle que soit la date de dénouement en trésorerie de l’opération. Ce principe suppose donc que les faits générateurs soient définis afin d’identifier avec précision la date de naissance de l’opération. Cela signifie notamment que :

- pour les produits, les cotisations sociales doivent être rattachées à l’exercice au titre duquel elles sont dues et comptabilisées pour ce même montant, même si elles n’ont pas été encaissées (ainsi pour les régimes de salariés c’est le versement du salaire qui donne naissance à la créance des URSSAF et à la dette de l’entreprise) ;

- pour les charges, les prestations maladie, vieillesse, invalidité ou familiales doivent également être rattachées à l’exercice au titre duquel elles sont dues et comptabilisées pour ce même montant, même si elles n’ont pas été décaissées.

La Cour a inscrit au programme de travail des COREC et des CODEC, au titre des thèmes de vérification

portant sur l'exercice 1998, les conditions de mise en œuvre dans les caisses locales, du principe de comptabilisation en droits constatés prévu par ce décret. Il lui a paru indispensable de compléter les informations recueillies au plan local par une analyse portant sur les mêmes conditions de mise en œuvre dans les organismes nationaux du régime général.

I - Une mise en œuvre délicate et contrastée dans les caisses de base

A - Une mise en œuvre progressive liée aux conditions de démarrage

Ainsi que la Cour l'a déjà observé dans ses rapports au Parlement sur la sécurité sociale de septembre 1996 et de septembre 1997, c'est par une lettre du 20 octobre 1994 que le ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville a invité les organismes de sécurité sociale à adopter le principe des droits constatés pour la comptabilisation des opérations des gestions techniques. L'entrée en vigueur de cette réforme était fixée au 1er janvier 1996 pour les organismes du régime général. Or, ce n'est qu'après avoir pris cette décision, le 20 octobre 1994, que le ministère des affaires sociales a créé, au sein de la commission des comptes de la sécurité sociale, un groupe de travail réunissant les administrations de tutelle et les représentants des caisses nationales du régime général, chargé d'étudier les conditions de mise en œuvre de la réforme. Même s'il est vrai que des études avaient été demandées par l'administration aux caisses nationales, elles ne s'étaient pas révélées conclusives. Le processus habituel de mise en place d'une réforme, à savoir l'étude préalable de la question, la réflexion sur les modalités techniques en concertation avec l'ensemble des partenaires et la prise de décision en fonction d'un échéancier raisonnable, n'a donc pas été retenu. On estimait en effet nécessaire de lancer le mouvement sans courir le risque de rester embourbé dans un dossier très technique, concernant un grand nombre de partenaires aux objectifs divers, voire parfois contradictoires.

Provisions, charges à payer et produits à recevoir

Les créances certaines acquises par un organisme, imputables à un exercice et pour lesquelles les pièces justificatives n'ont pas encore établies, sont comptabilisées à la clôture de cet exercice en **produits à recevoir.** Les produits à recevoir concernent essentiellement les cotisations afférentes à un exercice, mais dont les pièces justificatives ne sont reçues et exploitées qu'au début de l'exercice suivant. L'évaluation de ces produits peut être réalisée par l'application d'une méthode statistique suffisamment fiable.

Dès lors qu'il est constaté des dettes nettement précisées quant à leur objet mais dont l'incertitude porte soit sur le montant, soit sur l'échéance, des **charges à payer** doivent être comptabilisées. Ceci concerne des situations où l'identification des bénéficiaires de prestation est possible à réaliser et le montant de la dette envers chacun d'eux peut être évalué avec une précision suffisante. L'écart entre l'estimation effectuée et les sommes réellement versées doit être le plus réduit possible. A défaut, une provision pour risques et charges doit être constituée.

Les risques ou charges nettement précisés quant à leur objet et que des événements survenus ou en cours rendent probables entraînent la constitution de **provisions pour risques et charges techniques**. Cela permet aux organismes d'intégrer dans le résultat de l'exercice des prestations dues au titre de cet exercice, et qui seront selon toute probabilité à payer aux assurés mais dont le montant ne peut être évalué avec exactitude. Le montant de ces provisions s'apprécie généralement à l'aide d'une méthode statistique faisant référence à des données historiques précises.

Une **provision pour dépréciation des créances douteuses** doit être constituée par les organismes dès lors que le recouvrement de la créance s'avère incertain. Le montant de cette provision peut être calculé soit à partir de l'examen de chaque créance, soit à partir d'une estimation statistique, sous réserve que la méthode arrêtée permette une approximation suffisante retenant comme référence des créances et des situations de même nature dont les risques de non recouvrement sont identiques.

De ce point de vue, c'est un pari réussi. La réforme a été mise en œuvre à compter du 1er janvier 1996 même si le décret n'a été pris que le 23 mai 1996. La circulaire interministérielle précisant notamment les conditions de comptabilisation en fin de gestion des opérations de régularisation (charges à payer, produits à recevoir, provisions) et invitant les organismes nationaux du régime général à fixer, dans des instructions propres, les modalités de mise en œuvre de ces opérations, a été signée le 3 juillet 1996, soit très rapidement après la

publication du décret.

Mais la méthode utilisée a entraîné plusieurs inconvénients que les contrôles des COREC et des CODEC ont bien mis en lumière, à savoir une compréhension insuffisante des objectifs de la réforme, une formation trop limitée des personnels et surtout des délais très importants pour la modification des logiciels de comptabilité. Certes, les caisses nationales du régime général auraient pu mettre à profit les délais écoulés entre le rendu des conclusions du groupe de travail de la commission des comptes (mi 1995) et la publication du décret du 23 mai 1996 pour préparer les nécessaires adaptations de leur organisation, de leurs méthodes et de leurs systèmes. Tel n'a pas été le cas. Dès lors, les caisses ne pouvaient que se trouver dans l'impossibilité matérielle de modifier très rapidement leurs chaînes informatiques afin de les mettre en conformité avec les nouveaux principes. Aussi la réforme n'a-t-elle pu être mise en place que de manière partielle et progressive.

B - Une information abondante mais une formation insuffisante

Les caisses nationales ont chacune diffusé en 1996 (juillet, août, septembre et décembre pour la CNAMTS, septembre pour la CNAV, septembre pour la CNAF, septembre et décembre pour l'ACOSS) une ou plusieurs circulaires précisant à l'attention des caisses de base les règles pratiques de mise en œuvre des nouvelles procédures comptables[60].

Les COREC/CODEC ont observé que certaines caisses locales avaient pris l'initiative de compléter la diffusion de l'information, et ceci sous différentes formes. En revanche, cette information abondante n'a pas été suffisamment relayée par une formation spécifique des agents de direction comme des personnels des agences comptables, explicitant les objectifs poursuivis, les enjeux de la réforme et l'intérêt qu'elle représente en terme d'organisation, d'amélioration des procédures, de réflexion sur les chaînes informatiques et d'outil d'aide à la gestion. Dans 85 % des caisses contrôlées par les COREC/CODEC, les personnels n'ont pas bénéficié de la part des caisses nationales d'une formation spécifique expliquant les nouvelles règles comptables.

La diffusion d'une documentation abondante ne peut suppléer la mise en œuvre d'une formation qui se doit d'être adaptée aux personnels et à leur rôle dans le processus comptable. L'enjeu de la réforme n'ayant pas été expliqué à la plupart des cadres, ceux-ci l'ont ressentie comme une règle supplémentaire imposée, et l'objectif d'une meilleure restitution des données pour une information plus fiable n'est pas encore pleinement compris.

C - Redéfinir les rôles respectifs du directeur et de l'agent comptable

Le code de la sécurité sociale (articles D. 253-3 à D. 253-11) définit de manière précise les responsabilités respectives du directeur et de l'agent comptable des organismes. Elles n'ont pas été modifiées par la nouvelle réglementation. Mais celle-ci implique inévitablement des formes nouvelles de collaboration.

S'agissant de la branche recouvrement, le provisionnement des créances ne peut être qu'une compétence du directeur dès lors qu'il assume la responsabilité du recouvrement des cotisations. Les instructions de l'ACOSS prévoyaient que dans une première étape le directeur procède à un classement des créances afin d'utiliser son expertise sur la situation des dossiers. Or les COREC/CODEC ont constaté que, dans certaines URSSAF, le directeur n'intervient ni dans la procédure de provisionnement des créances, ni dans le calcul des produits à recevoir. L'agent comptable assure la totalité des opérations liées au provisionnement, et seul l'état des provisions est visé par l'ordonnateur. Une collaboration entre l'ordonnateur et le comptable s'avère absolument indispensable dans ce domaine, ainsi que le montre l'exemple de certaines URSSAF où les calculs sont effectués par un statisticien qui dépend du directeur, et les résultats sont validés conjointement par le directeur et l'agent comptable. Néanmoins, l'automatisation des calculs de provision a pour effet de "déresponsabiliser" le directeur et l'agent comptable, en contradiction avec l'esprit de la réforme.

Dans l'assurance maladie, les règles sont appliquées de manière plus claire : les provisions relatives aux prestations sont pour l'essentiel arrêtées et contrôlées par l'agent comptable, les charges à payer et les autres provisions étant déterminées par le directeur.

D'une façon générale, une coopération entre le directeur et l'agent comptable dans les procédures d'évaluation des provisions s'impose afin que toutes les informations disponibles soient utilisées et que les évaluations gagnent en précision sans pour autant retarder les dates de production des comptes.

D - Des outils informatiques encore mal adaptés

L'adaptation des outils informatiques a été diversement mise en œuvre selon les branches, et au sein d'une même branche, elle se situe à des stades d'avancement différents.

Au sein des URSSAF, l'application SNV2 n'a pas encore pu être fondamentalement modifiée par l'ACOSS. Des applications bureautiques légères ont donc été conçues notamment pour le calcul des provisions et des produits à recevoir. Mais la modification essentielle consistant à permettre la ventilation des produits selon l'exercice d'origine n'a pas été effectuée, alors même que les informations utiles sont disponibles dans le système.

Les CAF ont progressivement adopté le logiciel CRISTAL (sur ce sujet, cf. chapitre XII, *infra*, p. 457). Mais il ne permet pas encore la prise en compte de toutes les informations nécessaires à la comptabilisation des droits constatés. Il nécessite encore des améliorations puisque le calcul de certaines provisions et le suivi de leur consommation ne sont pas pris en compte par le système.

Dans les CPAM, un logiciel de calcul des provisions a été élaboré par la CNAMTS. C'est un outil souple puisqu'il autorise la prise en compte d'éléments issus de particularités locales.

E - Une information dont l'exactitude et la sincérité varient selon les organismes

Avant le 1er janvier 1996, la constatation des produits et des charges dans la comptabilité des organismes intervenait au moment de leur encaissement ou de leur paiement. Les caisses nationales, dans les instructions d'application de la réforme, n'ont pas modifié cette comptabilisation mais simplement préconisé des écritures d'inventaire à la clôture de l'exercice. En effet, compte tenu de la date de sortie des décrets, elles ont dû prendre rapidement des dispositions pour permettre la mise en œuvre de la réforme lors de la détermination des comptes 1996. Dès lors, les écritures de charges et de produits ne sont pas passées en cours d'exercice, contrairement aux règles du plan comptable général. Il ne sera définitivement remédié à cette situation provisoire que lorsque le projet de plan comptable élaboré par la mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS) et conforme au plan comptable général de 1999, sera mis en œuvre.

En pratique, le principe des droits constatés se traduit par le rattachement des charges à l'exercice de naissance du fait générateur, soit sous forme de charges à payer soit sous forme de provisions, et le rattachement des produits sous forme de produits à recevoir (encadré ci-après). Le contrôle des organismes exercé par les COREC/CODEC a permis de constater des situations disparates dans l'application de ces principes de base.

1. Des opérations rattachées à l'exercice de réalisation du fait générateur, mais dont on ne peut mesurer l'exactitude

S'agissant des caisses d'allocations familiales, l'allocation pour la garde d'enfant à domicile (AGED) et l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) ont pour la première fois en 1998 fait l'objet de calcul de charges à payer sur des bases statistiques. Si le recours à une évaluation statistique est conforme aux principes comptables, la pertinence de cette évaluation n'a pu être mesurée par les vérificateurs des COREC/CODEC faute de pouvoir identifier avec précision l'origine du fait générateur des versements du premier trimestre 1999. Cette remarque vaut également pour le calcul des charges à payer inhérentes aux prestations familiales. En l'absence d'un système informatique fiable ventilant les prestations payées en fonction de leur fait générateur, il est absolument impossible de confronter cette évaluation avec la réalité de la charge, et par conséquent, d'apprécier le niveau des charges à payer et de donner un avis sur la justesse des méthodes adoptées et de leur mise en œuvre.

2. Des provisions diversement évaluées par les URSSAF, les CPAM et les CAF

Les URSSAF ont dû procéder, à compter de 1996, au rattachement de l'ensemble des créances acquises à cette même date et, par suite, constater des provisions pour dépréciation des créances douteuses ou litigieuses. Les COREC/CODEC ont observé que le calcul de ces provisions est fondé sur une méthode statistique élaborée par l'ACOSS, dont le principe n'est pas contestable. En revanche sa mise en œuvre pose problème. Car les

taux de provisionnement calculés sont appliqués de manière indifférenciée à l'ensemble des créances existantes au 31 décembre, sans distinguer celles qui sont réellement douteuses. Les difficultés réelles de recouvrement liées à l'ancienneté de la créance, à la situation du débiteur, à la situation économique locale ou selon les délais accordés, ne sont pas prises en compte. Cette méthode, et par conséquent l'instruction de l'ACOSS qui l'a instituée, ne sont donc pas conformes aux dispositions de l'article D 253-17-4 du code de la sécurité sociale[61], ce qui explique que les COREC/CODEC n'aient pas pu se faire produire l'état annexe au compte financier retraçant le calcul des provisions afin de vérifier les modalités de calcul et leur permanence au fil des exercices. Les comités ont constaté en outre que cette méthode aboutit à des situations surprenantes où les provisions sont nettement surévaluées et notamment très supérieures au taux de restes à recouvrer. En effet, le fait qu'une créance fasse l'objet d'une mise en demeure, d'un simple rappel ou de délais ne signifie pas que son recouvrement soit impossible ou gravement compromis.

De plus, ces provisions ne font pas l'objet de reprise, sauf dans le cas où la provision évaluée au 31 décembre d'une année est inférieure à l'évaluation faite au 31 décembre de l'année précédente. Aucun rapprochement n'est donc effectué entre les charges réellement supportées et l'évaluation de la provision correspondante. Il conviendrait que les créances douteuses ou litigieuses soient isolées dans le compte spécifique qui leur est réservé, que la provision soit calculée à partir de celui-ci, tout en affinant la méthode et qu'elle soit rapprochée des charges effectivement supportées à ce titre au cours de l'exercice ou des exercices postérieurs, afin que les dispositions du code de la sécurité sociale soient appliquées.

Pour ce qui concerne les gestions techniques, les créances douteuses des CPAM sont composées de prestations et frais de contentieux à récupérer. Chaque caisse apprécie le seuil de provisionnement en fonction de la moyenne des créances. Les COREC/CODEC ont observé que l'examen et le provisionnement de ces créances sont très variables selon les caisses. Seules certaines caisses procèdent correctement : le service contentieux réalise alors un examen méthodique des créances pour déterminer celles qui doivent faire l'objet d'une provision. Dans les autres, ou bien le service contentieux ne détermine pas avec exactitude faute d'un suivi suffisant les créances dont le recouvrement est manifestement compromis ou bien les provisions sont sous-évaluées voire inexistantes. L'examen précis des créances afin de déterminer celles qui sont susceptibles d'être inscrites en créances irrecouvrables ou en créances douteuses, comme l'évaluation d'une provision dans les cas de créances douteuses, sont indispensables afin de donner une image fidèle du bilan des CPAM.

Les seules provisions pour dépréciations constatées dans les CAF concernent les créances prescrites, c'est-à-dire en droit irrécouvrables (et qui devraient faire l'objet d'une comptabilisation en pertes). En revanche, l'instruction diffusée par la CNAF n'a pas prévu la comptabilisation de provision pour dépréciation des créances non prescrites. Or, il apparaît que de nombreux dossiers gérés par les services contentieux devraient faire l'objet de provision car le recouvrement en est gravement compromis. Les créances douteuses des CAF devraient donc être isolées dans un compte spécifique et faire l'objet d'un examen approfondi afin de déterminer le montant des provisions à constituer.

Le calcul des provisions pour prestations à payer des CPAM a été précisé par circulaire de la CNAMTS chaque année afin de conduire à un calcul de plus en plus précis et reposant sur une analyse rétrospective des provisions et de leur utilisation. La tendance du provisionnement dans les CPAM a évolué de la manière suivante au cours des trois années : la première année (1996) les provisions constituées ont été largement surévaluées, et ont été très largement supérieures aux dépenses réelles (+15 % soit près de 4 MdF), la seconde année (1997) les provisions ont été revues à la baisse et cela a eu pour conséquence une insuffisance de provision (-2 %, soit 0,4 MdF), même s'il a été constaté quelques cas de surévaluation, enfin la troisième année (1998) les provisions ont été dans le cas général assez proches de la réalité, même si les COREC/CODEC ont pu observer dans certaines caisses une surestimation supérieure à celle de 1997 (en moyenne, dans l'ensemble de la branche, la surestimation a été de 4 %, soit 0,8 MdF). Le recours au tiers payant ou l'utilisation généralisée de SESAM Vitale diminuant le montant des charges à provisionner devrait conduire à une précision plus grande dans la détermination du résultat.

Bien que le mode de calcul ne soit pas transposable pour d'autres types de provision, la démarche suivie par la CNAMTS est l'illustration positive de ce qui peut être fait dans ce domaine. En effet, la méthode élaborée ainsi que le système d'information employé permettent de faire un rapprochement entre le montant de la provision et les charges réelles qui surviennent au cours de l'exercice suivant. Cette corrélation est indispensable, et les autres caisses nationales pourraient s'en inspirer dans l'évaluation de leurs provisions et modifier leurs systèmes informatiques en conséquence.

Dans certains cas, la prise en charge comptable est faite dans plusieurs branches, ce qui impose une certaine cohérence. Ainsi, l'AGED et l'AFEAMA versées par les CAF sont calculées à partir des informations contenues dans les bordereaux trimestriels remis par les employeurs aux URSSAF à l'issue de chaque période. Le traitement avec retard de bordereaux par certaines URSSAF a conduit des CAF à comptabiliser en 1998 des charges minorées, et par suite des charges à payer également minorées. En 1999, des mises au point entre les CAF et URSSAF concernées ont permis d'améliorer les transmissions d'information afin d'aboutir à des évaluations plus pertinentes.

Au-delà de ces différents constats effectués par les CODEC/COREC, il reste à souligner des incohérences d'ensemble importantes au regard du but ultime qu'est la production de "comptes combinés" (les comptes combinés sont en réalité des comptes consolidés, mais entre organismes d'un même secteur d'activité qui ne sont pas détenus par une société mère). S'agissant par exemple de l'AGED et de l'AFEAMA, deux évaluations sont faites : d'une part, au niveau des URSSAF, sont évalués au 31 décembre des produits à recevoir concernant les cotisations afférentes aux salaires versés pendant le dernier trimestre de l'année par les employeurs de nourrice agréée ou de garde à domicile, d'autre part au niveau des CAF, sont évaluées des charges à payer concernant la prise en charge de tout ou partie de ces mêmes cotisations par ces organismes. Ces deux évaluations devraient être fondées sur des bases identiques car se rapportant au même fait générateur, le versement d'un salaire à une nourrice agréée ou une garde à domicile. Or, dans la pratique, il n'y a aucune corrélation entre les deux évaluations. L'évaluation des URSSAF est totalement forfaitaire, celle des CAF à un degré moindre, mais en tout état de cause, à aucun moment elles ne sont rapprochées pour tenter d'en vérifier la pertinence et la cohérence. Il conviendrait donc que chacun des deux organismes ajuste ses évaluations en prenant en considération le cas échéant les informations détenues par l'autre afin d'atteindre une plus grande fiabilité.

3. Une surestimation des produits à recevoir des URSSAF

La nécessité de réduire les délais de production des comptes a conduit l'ACOSS à élaborer une méthode forfaitaire d'évaluation des produits à recevoir pour l'exercice 1998, déterminée sur la base de 10,44 % des encaissements 1998 en l'absence de référence initiale. L'adoption de cette méthode permet de déterminer les produits en cause dès la clôture de l'exercice. Dans la pratique, l'évaluation s'est révélée très éloignée de la réalité et a conduit la quasi-totalité des URSSAF à une surestimation des produits à recevoir. Compte tenu des masses concernées, une incertitude globalement faible, 0,60 %, a conduit à une majoration du résultat de 6 MdF. Pour 1999, l'ACOSS, bien qu'ayant affiné sa méthode, a encore majoré les produits à recevoir de 1,7 MdF. Il lui revient de continuer à améliorer ses méthodes d'évaluation.

II - Une mise en place incomplète dans les caisses nationales du régime général

A - les contrôles des opérations des caisses de base par les caisses nationales sont parfois insuffisants

Afin de garantir l'homogénéité de la comptabilisation et de la présentation des comptes, les caisses nationales diffusent pour chaque arrêté des comptes des instructions précises. Les balances contenant les écritures d'inventaire des caisses remontent vers les caisses nationales qui les agrègent après avoir effectué des contrôles de cohérence. Ces opérations n'appellent pas de commentaires particuliers.

En revanche, le contrôle des écritures d'inventaire peut soulever quelques difficultés. En effet, la CNAF ne procède à aucun contrôle des opérations réalisées par les CAF afin de vérifier la mise en œuvre de la circulaire sur les droits constatés. Elle n'est donc pas en mesure d'attester de l'exhaustivité des opérations effectuées. L'ACOSS a procédé, en 1998, à un contrôle exhaustif des produits à recevoir et, par échantillon, des provisions. En 1999, ce contrôle a porté sur l'ensemble des opérations. Cependant, ce contrôle est purement formel, car il permet uniquement de détecter des valeurs aberrantes résultant la plupart du temps d'erreurs de saisie, les formules de calcul étant réalisées nationalement par l'ACOSS elle-même. En revanche, l'ACOSS n'exerce aucun contrôle sur les autres opérations remontant des URSSAF.

S'agissant de la branche maladie, les CPAM adressent à la caisse nationale un état récapitulatif des provisions, à l'appui duquel elles doivent fournir les justificatifs du calcul, son analyse et son évolution. La CNAMTS exerce un contrôle de cohérence afin de juger du réalisme des facteurs retenus, et demande le cas échéant des précisions, voire des modifications. Ainsi en 1999, une cinquantaine de caisses locales ont modifié leurs provisions. Enfin, la CNAV procédant elle-même au calcul des provisions pour rappel de prestations a

seulement besoin de vérifier que les CRAM ont bien comptabilisé les montants communiqués.

Ainsi, les contrôles mis en œuvre sont parfois purement formels, voire inexistants. Il est pourtant indispensable que les caisses nationales contrôlent les opérations des caisses de base.

B - Des aménagement à apporter à court terme aux circulaires et aux applications informatiques

Ainsi que cela a été dit plus haut, les circulaires des caisses nationales n'ont pas traité certains sujets qui ont une influence sur le résultat des caisses de base. D'autres sujets sont à réexaminer. Une réécriture des différentes instructions est donc indispensable. Tel est le cas de l'ACOSS en ce qui concerne la détermination des créances douteuses et les modalités de calcul des provisions qui doivent être mises en conformité avec le code de la sécurité sociale.

Dans la branche famille, en dehors des quelques opérations de rattachement passées par les CAF, auxquelles est laissée une grande marge d'appréciation pour le calcul des charges à payer, aucune provision pour rappels n'a été prévue. Les prêts, dont les modalités de traitement ne sont pas évoquées dans la circulaire de la CNAF, ne font pas l'objet d'une provision pour dépréciation au sens strict. C'est la raison pour laquelle la CNAF envisage de réécrire une circulaire dont la diffusion est prévue avant la fin de l'année 2000.

De façon analogue, l'instruction de la CNAMTS sur les provisions pour créances douteuses doit être réécrite avec précision afin d'harmoniser les méthodes mises en œuvre par les CPAM.

La mise en œuvre de la réforme doit également se traduire par une nécessaire adaptation des applications informatiques. Pour la branche famille, la modification du logiciel CRISTAL, afin d'obtenir la ventilation des rappels entre exercice courant et exercice antérieur, est actuellement en expérimentation et la caisse nationale espère pouvoir la généraliser pour la fin de l'année 2000. La branche recouvrement a prévu d'améliorer l'application du recouvrement SNV2 en utilisant des informations figurant dans le système RACINE ou ayant leur source dans les bordereaux de l'employeur ou la mise en demeure. Les mentions de l'exercice comptable et de la période de référence permettront ainsi de ventiler les produits par exercice d'origine. Toutefois, le cahier des charges de cette application n'a pas encore été rédigé et l'ACOSS entend traiter d'abord le passage à l'euro puis l'harmonisation du plan de comptes. En tout état de cause, la branche recouvrement ne pense pas mettre en œuvre ces principes avant le 1er janvier 2003 ; si cette date devait être respectée, la Cour observe néanmoins qu'il aura fallu sept ans à l'ACOSS pour appliquer le décret du 23 mai 1996. Enfin, le nouveau schéma directeur de la branche vieillesse envisage de dater chaque événement afin de permettre une exacte ventilation des opérations mais aucun cahier des charges ni calendrier n'ont encore été adoptés.

C - Des principes comptables à respecter

. Des produits et des charges comptabilisés avec retard et parfois en fin d'année

S'agissant des **produits,** les caisses nationales des branches maladie, vieillesse et famille comptabilisent en cours d'année les encaissements reçus en compte de tiers (classe 4), Mais la comptabilisation du produit correspondant (classe 7) est reportée aux écritures d'arrêté des comptes après la transmission par l'ACOSS de la notification des produits, et des produits à recevoir. Plus précisément, les encaissements issus des répartitions RACINE entre branches sont comptabilisés en produits sur la base de l'état mensuel de répartition définitive établi par l'agent comptable de l'ACOSS, avec un décalage dans le temps. Les encaissements directs de l'ACOSS sont comptabilisés en produits dans les écritures de fin d'année. Dans ces conditions, les caisses nationales, bénéficiaires définitives des produits comptabilisés par l'ACOSS, en raison des très nombreux ajustements *a posteriori* auxquels elle procède, attendent la fin de l'année pour ne pas prendre le risque d'avoir à passer des écritures de régularisation. De la sorte, les prescriptions du plan comptable général de 1999 (comptabilisation au moins mensuelle des produits) ne sont pas respectées.

Pour ce qui concerne les **charges**, la CNAF, notamment pour l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et l'allocation de parent isolé, procède à une inscription des paiements en compte de tiers en cours d'année. Ce n'est qu'en fin d'exercice qu'elle comptabilise ces montants en charges. De même, les dotations versées par la CNAMTS aux caisses de base pour leur permettre d'assurer leurs obligations légales ou extralégales vis-à-vis de leurs affiliés ne sont pas comptabilisées en charge en cours d'année. Cette opération

est reportée à la clôture de l'exercice.

2. Des incertitudes dans la fiabilité comptable

L'ACOSS établit lors de la clôture des comptes une notification retraçant pour chaque branche les produits et charges de l'exercice, les encaissements afférents à ces produits et les produits à recevoir. En ce qui concerne les produits relevant du recouvrement direct de l'ACOSS et selon la nature des encaissements qu'elle a réalisés, celle-ci n'est pas toujours en possession des éléments lui permettant d'émettre le titre de recettes autorisant sa comptabilisation en produit. A défaut, les encaissements correspondants sont donc comptabilisés en produits à recevoir. Il en résulte, dans certains cas, une situation étrange où le montant des produits à recevoir, évalué au 31 décembre et notifié aux caisses nationales, est supérieur au solde du compte de créance correspondant, c'est-à-dire le solde à l'ouverture augmenté des produits de l'exercice et des produits à recevoir et diminué des charges de l'exercice et des encaissements. Pour les transferts entre organismes (notamment la CSG prélevée sur les revenus de remplacement) pour lesquels les caisses nationales ont conclu entre elles des conventions, les mêmes décalages existent entre la comptabilisation de l'ACOSS et celle des caisses nationales.

La CNAMTS, considérant que les notifications de l'ACOSS ne traduisent pas la réalité de certaines opérations (la taxe automobile, la contribution des laboratoires et les droits de consommation sur les alcools) procède à une comptabilisation différente. Sont considérés comme étant de réels produits à recevoir les montants inscrits dans le solde du compte de créances. La différence entre les produits à recevoir notifiés par l'ACOSS et ceux retenus par la CNAMTS est comptabilisée en produits de l'exercice.

Cette situation n'est pas satisfaisante et pourrait être améliorée. Elle souligne la nécessité d'un véritable dialogue entre les caisses portant sur le rapprochement des méthodes de comptabilisation. Il revient à cet égard à l'ACOSS d'établir un guide d'utilisation des écritures et des tableaux qu'elle notifierait aux caisses dépensières de manière à ce qu'elles sachent comment les exploiter, conformément aux demandes qui lui ont été faites. Ceci démontre par ailleurs la nécessité de la création d'une instance chargée d'arbitrer et de trancher des problèmes comptables de cette nature.

3. Les écritures de fin d'exercice

Les produits du recouvrement

Les imperfections de l'application informatique du recouvrement SNV2 ne permettent pas de traiter les opérations de l'exercice suivant tant que l'arrêté des comptes de l'exercice en cours n'a pas été effectué (le système ne peut en effet traiter deux exercices en même temps), ni distinguer les produits sur exercice courant et ceux relatifs aux exercices antérieurs. Malheureusement, la mise en œuvre de l'application RACINE a absorbé, selon l'ACOSS, tous les moyens en personnel disponibles, et le système informatique SNV2 n'a pas évolué. Les caisses attributaires sont particulièrement insatisfaites de ce système, qui ne leur permet pas de distinguer parmi les créances notifiées au titre de l'exercice celles qui se rattachent à cet exercice et celles qui se rattachent aux exercices antérieurs.

Les produits à recevoir

En 1996 et 1997, l'ACOSS a notifié aux caisses nationales attributaires les produits pour leur montant réel, la durée de sa période complémentaire de deux mois permettant la comptabilisation en produits courants des échéances de cotisations survenues en janvier et février n+1 et se rapportant à n. En 1998, le raccourcissement des délais d'établissement des comptes l'a conduite à notifier un montant beaucoup plus important de produits à recevoir, établi sur des bases statistiques. Mais comme on l'a mentionné précédemment, les caisses nationales ont comptabilisé des montants différents de cette notification. Il existe donc une asymétrie entre les opérations à laquelle il est nécessaire de remédier.

Les exonérations de cotisations sociales au titre de la politique de l'emploi (et que l'Etat rembourse), qui se rattachent à 1998 mais qui n'étaient pas encore liquidées au 31 décembre, ont fait l'objet d'une évaluation pour la première fois à la clôture de cet exercice. Depuis le 1er janvier 1998 et la mise en place du système RACINE, ces cotisations prises en charge par l'Etat sont traitées, sauf quelques exceptions, par les URSSAF et non plus par l'ACOSS. Dans cette nouvelle répartition des compétences, les produits à recevoir des mesures

emploi devraient être logiquement évalués et comptabilisés dans les URSSAF. S'agissant d'une évaluation statistique, le calcul et la comptabilisation ont été faits par l'ACOSS en fonction des prévisions d'encaissement de janvier 1999. Ce choix a été justifié par la difficulté de procéder dans les URSSAF à une évaluation la plus précise possible compte tenu de la variété des mesures emploi et de leur complexité. La centralisation de cette évaluation a paru plus judicieuse à l'ACOSS. La réalité est tout autre : le plan comptable du recouvrement ne comptabilise pas les exonérations comme un produit. Il est donc impossible de procéder différemment à l'heure actuelle. Il en sera tout autrement lorsque le plan comptable sera aménagé sur ce point comme le propose la MIRCOSS.

Le rapprochement effectué à la demande de la Cour entre l'évaluation et les produits effectivement encaissés a fait apparaître une minoration globale de produit de 6,81 % soit 490 MF, mais dont la part respective varie en fonction des mesures emploi, les plus délicates à évaluer étant celles qui sont en fin d'application et celles qui sont en période de montée en charge.

Les charges constatées d'avance

Les CAF versent les allocations aides personnelles au logement (APL accession) mensuellement selon trois échéances les 5, 10 et 25 du mois. Les aides versées le 25 du mois concernent des faits générateurs qui peuvent intervenir du 27 du mois au 6 du mois suivant. L'échéance du 25 décembre a donc trait en partie à des charges à rattacher à l'année suivante. Il convient alors de comptabiliser des charges constatées d'avance afin de déterminer un résultat comptable en conformité avec les principes des droits constatés. Or, la CNAF n'a pas prévu cette évaluation. La nouvelle instruction de branche pourrait le cas échéant prendre en considération cette opération d'inventaire.

Les provisions

La direction de la sécurité sociale et la direction générale de la comptabilité publique ont autorisé à titre provisoire la diffusion des circulaires de 1996 de l'ACOSS avec toutefois des réserves sur deux points : évaluation de la provision en retenant le seul critère d'ancienneté et transfert de l'ensemble des créances existantes à la clôture de l'exercice au compte créances douteuses. Ces réserves ont été renouvelées en 1998. Néanmoins, l'ACOSS a reconduit les modalités de calcul statistique de ces provisions pour les exercices comptables 1997, 1998 et 1999, alors même qu'il avait été prévu d'affiner la méthode dès 1997. En 1999 également, des améliorations ont été envisagées afin que le système de calcul prenne en compte le caractère très récent de la créance (moins de trois mois, plus de trois mois), la présence d'une procédure collective ou d'une mise en instance d'admission en non valeur, la catégorie de cotisant, la distinction entre restes à recouvrer sur cotisations et restes à recouvrer sur majorations et pénalités et l'ancienneté de la créance, mais ces améliorations sont restées à l'état de projet. Il est donc nécessaire que l'ACOSS respecte le décret du 23 mai 1996 et aménage sa circulaire pour ce qui concerne la détermination des créances douteuses et les modalités de calcul de la provision.

En 1998, la CNAMTS a provisionné, après accord de la DSS un litige de 1,2 MdF concernant la contribution exceptionnelle des laboratoires pharmaceutiques. En effet, plusieurs laboratoires avaient formé un recours en annulation devant le Conseil d'Etat en évoquant son illégalité, et les éléments disponibles permettaient de penser qu'il avait beaucoup de chance d'aboutir. Les laboratoires ont obtenu gain de cause, et en début d'année 2000, l'ACOSS pour le compte de la CNAMTS a dû procéder au remboursement de cette contribution.

Il est rappelé compte tenu des observations des CODEC/COREC , que la CNAMTS devrait préciser les conditions de provisionnement des créances douteuses des CPAM ainsi que l'avait demandé la direction de la sécurité sociale en 1998, que la CNAF devrait adapter son logiciel CRISTAL de liquidation des prestations légales pour distinguer les rappels de l'année courante et les rappels concernant des droits ouverts au cours d'années antérieures et adapter l'instruction de branche pour calculer des provisions pour rappels à payer, enfin que la CNAV devrait faire évoluer son système d'information afin de rapprocher les rappels effectivement supportés des montants provisionnés dès lors que les reprises de provision calculées de manière statistique peuvent ne pas correspondre aux charges réelles.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

La réforme de la comptabilisation en droits constatés des opérations des gestions techniques des organismes

de sécurité sociale constitue une étape indispensable sur la voie d'une comptabilité harmonisée de l'ensemble des organismes, nécessaire pour permettre au Parlement de contrôler l'exécution comptable des lois de financement de la sécurité sociale, et au Gouvernement de préparer dans les meilleures conditions ces mêmes lois de financement tout en bénéficiant des remontées d'informations plus rapides et plus fiables.

Les contrôles effectués par les COREC/CODEC sur les comptes des caisses locales du régime général pour l'exercice 1998 attestent que celles-ci ont, pour la plupart, appliqué de manière correcte les instructions mises en place par les caisses nationales. Lorsqu'elles ont été relevées, des défaillances tenaient pour l'essentiel à l'insuffisance des contrôles exercés par les caisses nationales, à des imprécisions des circulaires nationales et au défaut de mise à jour des applications informatiques nationales.

Les contrôles ont également permis de constater que les objectifs de la réforme avaient été peu ou pas du tout explicités par les caisses nationales, que la formation des personnels quels qu'ils soient (les agents de direction comme les agents des caisses) avait été très insuffisante. Dès lors les organismes n'ont que peu modifié leur organisation, leurs méthodes de travail et leurs procédures, ne tirant pas parti de l'apport de la réforme en matière d'aide à la gestion. Il serait à cet égard souhaitable que les conventions d'objectifs et de gestion (COG) puissent faire référence aux possibilités qu'offre la comptabilisation en droits constatés pour fixer des objectifs comptablement mesurables (indus, rappels, restes à recouvrer…).

Enfin, les principes généraux de la comptabilité ne sont pas tous respectés, qu'il s'agisse en cours d'exercice de la comptabilisation des produits et des charges concomitamment aux écritures de dettes et de créances ou, en fin d'exercice, des écritures de régularisation (produits à recevoir, charges à payer, provisions).

Il est donc tout à fait essentiel, notamment dans la perspective d'une harmonisation de la comptabilité des organismes de sécurité sociale sur la base des travaux de la MIRCOSS, dont la Cour a rappelé les objectifs[62], que les applications informatiques soient ou mises à jour ou rénovées pour la date de mise en œuvre de cette réforme qui devrait être fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Il apparaît enfin indispensable qu'une instance nationale suive la réglementation du domaine comptable de la sécurité sociale et formule les propositions d'aménagement nécessaires. La DSS devrait bien entendu être étroitement impliquée dans cette instance, mais aussi les caisses et d'autres partenaires (direction générale de la comptabilité publique, INSEE, Cour des comptes,…). Les moyens dévolus à cette instance devraient être conséquents. On rappelle en effet que la mise en œuvre dans de bonnes conditions de la comptabilité en droits constatés, qui ne fera pas disparaître l'intérêt du suivi régulier des opérations d'encaissements et de décaissements, est essentielle pour rendre les résultats indépendants d'événements conjoncturels et pour apprécier la manière dont les organismes gèrent leurs droits et leurs créances.

RECOMMANDATIONS

1. L'ACOSS doit se fixer comme tâche prioritaire la rénovation de son application informatique SNV2 afin de procéder au rattachement correct des produits à l'exercice et au suivi comptable par exercice. Elle doit rédiger un guide d'utilisation de ses notifications de fin d'année. Elle doit adopter un mode de provisionnement des créances douteuses conforme au code de la sécurité sociale.

2. A l'appui de chaque encaissement effectué par l'ACOSS, les différents organismes versants doivent fournir un document précis permettant à la caisse d'effectuer la comptabilisation concomitante en produit.

3. Les caisses nationales doivent améliorer leurs procédures sur les points suivants :

- rappeler aux ordonnateurs et aux comptables leurs responsabilités respectives en matière de définition des provisions et leur permettre de les exercer ;

- coordonner et harmoniser leurs écritures comptables en cas de divergence sur opérations réciproques ;

- intensifier leurs opérations de contrôle des centralisations comptables.

4. Les caisses "dépensières" doivent procéder à des aménagements sur les points suivants:

la CNAMTS doit préciser ses instructions aux CPAM sur le provisionnement des créances douteuses ;

la CNAF doit aménager son logiciel CRISTAL pour mieux prendre en compte les indus et les rappels et préciser ses instructions en matière de reprise de charges à payer, de rattachement des produits et de calcul des provisions sur créances douteuses ;

la CNAV doit aménager ses applications informatiques pour mieux traiter comptablement les rappels.

5. Les tutelles et les caisses nationales doivent s'assurer que :

- les améliorations à apporter à la comptabilité en droits constatés dans les organismes fassent partie des conventions d'objectifs et de gestion ;

- le suivi des objectifs figurant dans les COG s'appuie sur des données issues de la comptabilité des organismes dès lors qu'elle est tenue en droits constatés.

6. Le suivi de la réglementation comptable des organismes de sécurité sociale doit être confié à une instance nationale regroupant la direction de la sécurité sociale, les caisses et les autres administrations et institutions concernées (direction générale de la comptabilité publique, INSEE, Cour des comptes,…).

Réponse

---

[60] Elles diffusent par ailleurs en fin d'année une circulaire destinée à l'arrêté des comptes. C'est l'occasion de réaffirmer les principes et le cas échéant de modifier ou affiner les règles précédemment adoptées et qui s'appliquaient aux exercices antérieurs.

[61] Cet article prévoit l'évolution de la provision en fonction de la situation particulière des débiteurs de cotisations, éventuellement au moyen d'une estimation forfaitaire retenant comme référence des créances et situations de même nature, dont les risques de non-recouvrement sont identiques.

[62] Cf. le rapport au Parlement sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

Sommaire

Section II :
L'élaboration des informations comptables par la direction de la sécurité sociale

A partir des comptes des différents régimes de sécurité sociale, la direction de la sécurité sociale (DSS) établit chaque année trois types d' **"informations comptables"**, la première destinée à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), la deuxième aux annexes au projet de loi sur le financement de la sécurité sociale (LFSS), et la troisième transmise notamment à la Cour des comptes pour la rédaction de son rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale.

Ces travaux ont deux échéances[63] : le printemps pour la première réunion de la commission des comptes et l'automne pour sa seconde réunion et pour le PLFSS. Jusqu'en 1999, les agrégats de la loi de financement de l'année écoulée étaient fournis à la Cour des comptes en septembre.

La présentation qui suit vaut pour l'élaboration des comptes de l'exercice passé, c'est-à-dire qu'elle ne traite pas ou peu de l'activité de prévision de la direction de la sécurité sociale. C'est le processus 2000 sur les comptes 1999 qui est décrit.

I - Les trois types d’informations comptables élaborées par la direction de la sécurité sociale

A - Quelles sont ces informations comptables ?

Les trois informations comptables produites par la DSS entretiennent des liens étroits, certaines d’entre elles se déduisant des autres.

Les comptes pour le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale :

La commission des comptes de la sécurité sociale, créée par le décret du 22 mars 1979 et présidée par le ministre chargé de la sécurité sociale, " …analyse les comptes des régimes de sécurité sociale. Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi (…)" (art. L. 114-1 du code de la sécurité sociale). Elle se réunit deux fois dans l’année : au printemps de l'année n, où sont examinés les "comptes"[64] du régime général et du fonds de solidarité vieillesse, en réalisation, c’est-à-dire les comptes définitifs des années n-3 et n-2 et quasi-définitifs de l’année n-1, et en prévision, c’est-à-dire les comptes prévisionnels pour l’année en cours n ; et en septembre, où sont présentés les comptes réalisés (années n-2 et n-1) et prévisionnels (années n et n+1) de tous les régimes.

Les comptes pour les annexes de la loi sur le financement de la sécurité sociale :

Le PLFSS est accompagné d'un rapport présentant les orientations en matière de politique de santé et de sécurité sociale, ainsi que les objectifs permettant l’équilibre financier de la sécurité sociale (sur ce rapport, cf. chapitre suivant, *infra*, p. 227). Sept documents sont annexés au PLFSS, plus un dont la fréquence est triennale et qui présente la liste des régimes obligatoires de base ainsi que leur nombre de cotisants. En particulier, les annexes présentant les comptes, élaborés par la DSS sont les annexes c et d. Le PLFSS pour l'année n+1 contient dans ces annexes les comptes réalisés pour n-1 et les comptes prévisionnels pour n et n+1.

La réalisation des agrégats de la loi de financement de la sécurité sociale :

Dans la loi, les recettes prévues figurent en sept catégories : cotisations effectives, cotisations fictives, contributions publiques, impôts et taxes affectés, transferts reçus, revenus des capitaux, autres ressources. Les objectifs de dépenses des régimes de plus de 20 000 cotisants sont au nombre de quatre : dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité, dépenses de la branche accidents du travail, dépenses de la branche vieillesse-veuvage, dépenses de la branche famille. Au total, si l’on ajoute l’ONDAM, il y a donc douze agrégats dans la loi. La loi pour l'année n+1 contient les prévisions de ces catégories de recettes et les objectifs de ces dépenses pour n+1. L'année n, la DSS établit ces agrégats à la fois en réalisation pour l'année n-1 et les fournit à la Cour des comptes, et en prévision pour les années n et n+1, destinés au PLFSS pour n+1.

B - Des finalités différentes

Les informations comptables élaborées par la DSS n’ont donc pas toutes la même finalité.

Celles mises au point pour la commission des comptes permettent, sur l’année précédente et en prévision sur l’année en cours et l’année suivante, d’éclairer les membres de cette commission sur l’état des comptes de la sécurité sociale. Ils sont par ailleurs une des sources pour l’élaboration des annexes c et d du PLFSS.

Les informations comptables qui apparaissent dans ces annexes visent à éclairer le vote des parlementaires dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Enfin, les agrégats de la loi de financement de la sécurité sociale sont d’une part présentés et votés par le Parlement dans le cadre de la LFSS pour l’année à venir, sous la forme de prévisions et d'objectifs. D’autre part, les résultats de ces mêmes agrégats pour l'exercice précédent sont transmis à la Cour des comptes pour

que dans son rapport annuel elle apprécie l'application de la loi.

En résumé :

Finalités des informations comptables produites par la DSS

Comptes CCSS	Comptes des annexes du PLFSS	Réalisation des agrégats de la LFSS
Ils permettent d'éclairer les membres de la CCSS sur l'état des comptes de la sécurité sociale. Ils sont par ailleurs une des sources pour l'élaboration des annexes c et d du PLFSS.	Ils visent à éclairer le vote des parlementaires dans le cadre du PLFSS.	Ils sont fournis à la Cour des comptes pour qu'elle apprécie l'application de la loi où ces grandeurs figuraient en objectifs et en prévisions.

C - Des différences de champ

Les informations comptables élaborées par la DSS ne concernent pas toutes les mêmes régimes et traitent les données des DOM de manières différentes :

Comparaison des champs des trois types d'informations comptables produites par la DSS

	CCSS	Annexes au PLFSS	Agrégats de la LFSS
Champ	Tous les régimes obligatoires de base et complémentaires de retraite, ainsi que les fonds (organismes concourant au financement des régimes de base de la sécurité sociale)	Annexe c : recettes de tous les régimes obligatoires de base ; dépenses de tous les régimes obligatoires de base de plus de 20 000 cotisants. Annexe d : recettes de tous les régimes obligatoires de base. Les opérations des fonds ne sont pas retenues.	Agrégats de recettes : tous les régimes obligatoires de base. Agrégats de dépenses : (sauf l'ONDAM) tous les régimes obligatoires de base de plus de 20 000 cotisants. ONDAM : tous les régimes obligatoires de base. Les opérations des fonds sont intégrées.
DOM	Présentés à part	Présentés à part	Intégrés

Les comptes pour la commission des comptes de la sécurité sociale concernent les régimes obligatoires de base, les régimes complémentaires de retraite et les fonds concourant au financement des régimes de base de la sécurité sociale.

Les comptes pour les annexes au PLFSS ne couvrent pas le même champ selon qu'il s'agit des recettes ou des dépenses : les recettes sont celles de tous les régimes obligatoires de base, alors que les dépenses sont celles des régimes obligatoires de base de plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres. Pour les recettes comme pour les dépenses, les opérations des fonds concourant au financement de la sécurité sociale ne sont pas, ici, intégrées aux comptes.

Enfin, les agrégats de la LFSS couvrent le même champ que les comptes figurant dans les annexes du PLFSS, c'est-à-dire tous les régimes obligatoires de base pour les agrégats de recettes d'une part, et tous les régimes

obligatoires de base de plus de 20 000 cotisants pour les agrégats de dépense d'autre part (seul l'ONDAM ne respecte pas cette dernière condition d'exclusion et porte donc sur tous les régimes). Les agrégats de la LFSS intègrent les opérations des fonds concourant au financement de la sécurité sociale.

Les informations comptables concernant les DOM sont présentées à part pour les comptes établis pour la CCSS et les annexes au PLFSS, mais elles sont intégrées aux agrégats de la LFSS.

D - Des différences de contenu

Le contenu des informations comptables élaborées par la DSS est différent d'une information à l'autre.

Par exemple, elles concernent en principe les opérations courantes, mais dans le cadre du rapport de la CCSS et des annexes au PLFSS, et pour le régime général seul, c'est la variation de fonds de roulement qui est présentée[65].

Les comptes pour la CCSS optent pour une présentation différente entre le régime général et les autres régimes. Pour le régime général, le rapport de cette commission donne trois types de documents : un compte résumé pour chaque branche, qui comporte trois postes (recettes, dépenses et variation de fonds de roulement) ; un compte résumé et consolidé pour l'ensemble du régime général (mêmes rubriques) ; enfin, pour chaque branche, un compte emplois-ressources de nomenclature très détaillée, différente selon la branche concernée. Pour les autres régimes que le régime général, le rapport de la CCSS présente un compte emplois-ressources standard pour tous les régimes et moins détaillé que ceux des branches du régime général.

Les comptes pour les annexes au PLFSS se présentent de la même façon pour le régime général et les autres régimes. Leur présentation est semblable à celle du rapport de la CCSS pour les autres régimes que le régime général pour le niveau regroupé de nomenclature retenue. Toutefois, au niveau plus détaillé, des différences apparaissent entre les comptes pour la CCSS et les annexes c et d.

Enfin, les agrégats de la LFSS sont, on l'a dit, au nombre de douze : sept agrégats de ressources par catégorie, quatre agrégats de dépenses par branche, et l'ONDAM.

Ces trois informations comptables étaient, jusqu'en 1999, présentées selon le système d'encaissements-décaissements. Les agrégats prévisionnels de la LFSS pour 2001 seront encore présentés et votés fin 2000 dans ce système mais ils seront présentés également, pour information, en droits constatés. C'est dans le cadre du PLFSS pour 2002 qu'ils seront enfin présentés et votés en droits constatés. C'est également lors du PLFSS pour 2002 que les annexes c et d seront établies dans les deux systèmes de tenue de compte. Enfin, il est prévu que les comptes pour le rapport de la CCSS passent aux droits constatés en 2001 ou en 2002.

En résumé :

Comparaison des contenus des trois types d'informations comptables produites par la DSS

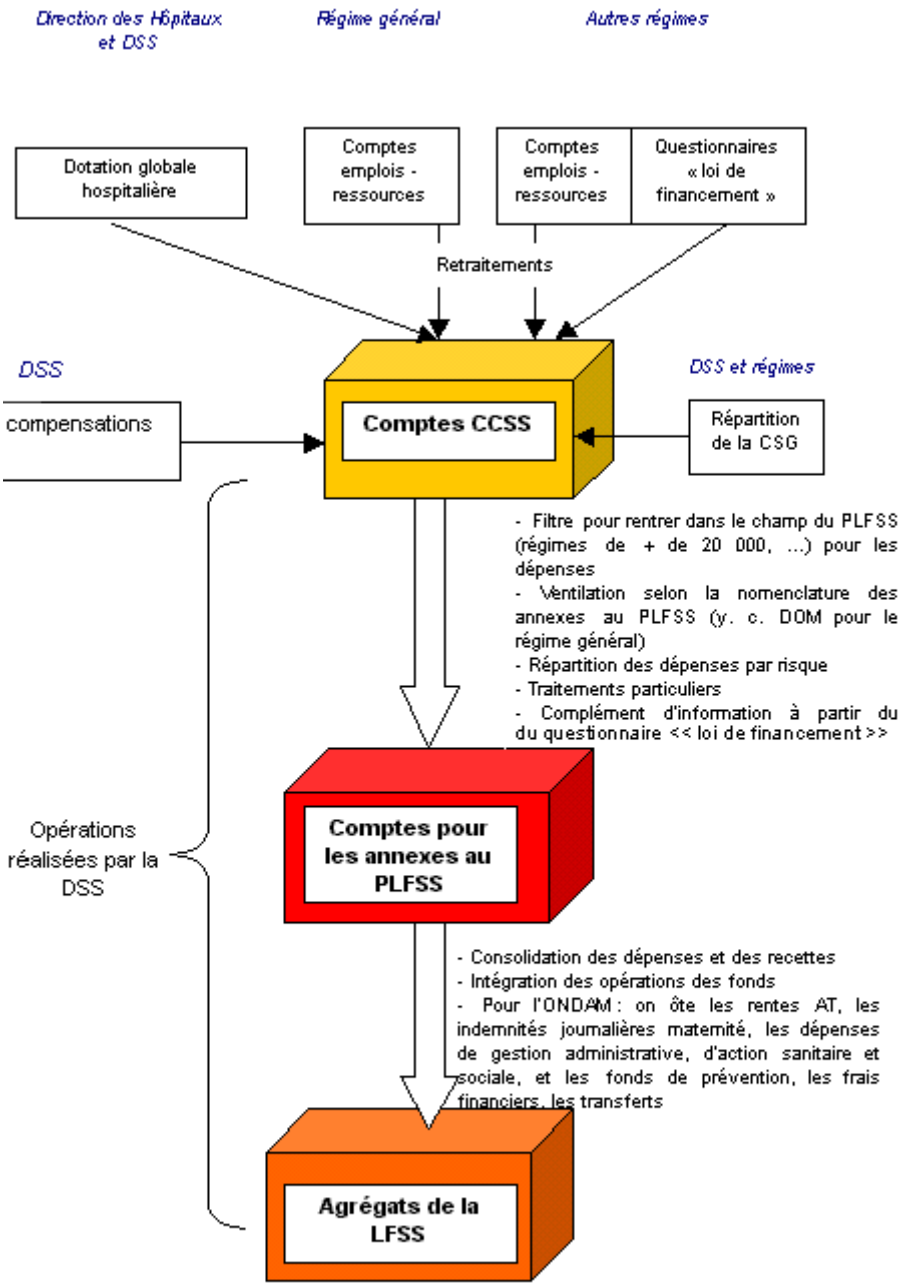
	CCSS	Annexes au PLFSS	Agrégats
Nomenclature	Différence de présentation entre le régime général et les autres régimes : <u>Régime général</u> Trois types de documents : pour chaque branche, un compte résumé d'une part et un compte emplois-ressources de nomenclature très détaillée, différente selon la branche concernée, d'autre part. Enfin	Pas de différence entre régime général et autres régimes. Pour le niveau regroupé de nomenclature, la présentation est analogue à celle de la CCSS pour les autres régimes que le régime général. Au niveau plus détaillé, des différences apparaissent avec les comptes pour la CCSS, et	7 agrégats de ressources par catégorie, 4 agrégats de dépenses par branche, l'ONDAM.

	un compte résumé et consolidé pour l'ensemble du régime général. Les autres régimes : compte emplois-ressources standard pour tous, de nomenclature plus simplifiée que pour les branches du régime général.	entre les annexes c et d.	
Système de tenue de compte	DC à partir de 2001 ou 2002.	PLFSS pour 2001 : les annexes seront présentées en ED. PLFSS pour 2002 : les annexes seront présentées en ED et en DC.	PLFSS pour 2001 : les agrégats seront présentés et votés en ED, mais également présentés pour information en DC. PLFSS pour 2002 : les agrégats seront présentés et votés en DC.
Opérations concernées	Opérations courantes, avec toutefois indication de la variation de fonds de roulement pour le régime général seul.	Opérations courantes, avec toutefois indication de la variation de fonds de roulement pour le régime général seul.	Opérations courantes.

NB : ED = encaissements-décaissements ; DC = droits constatés.

II – Le processus d'élaboration des informations comptables
II - Le processus d'élaboration des informations comptables

Le schéma ci-après synthétise les flux d'information et les traitements menant aux trois types d'informations comptables élaborées par la DSS pour les exercices réalisés, et qui vont être détaillés ci-après.



Lecture : Le schéma ci-dessus synthétise les flux d'information et les traitements menant aux trois types d'informations comptables élaborées par la direction de la sécurité sociale, pour les exercices réalisés, et qui sont détaillés ci-après.

Le calendrier de production de toutes ces informations comptables s'articule en 2000 de la façon suivante (une partie des informations est à ce jour prévisionnelle) :

- 17 mars : réunion entre la DSS et tous les régimes ; remise aux régimes des questionnaires "loi de financement" (anciennement questionnaire "effort social de la Nation") en droits constatés et encaissements-décaissements.

- 31 mars au plus tard : réception des comptes 99 quasi-définitifs des caisses nationales du régime général et du FSV, en encaissements-décaissements et droits constatés.

- 30 avril au plus tard : retour des questionnaires "loi de financement" en encaissements-décaissements pour

tous les régimes. En pratique, ce retour s'est étalé jusqu'à la fin du mois de mai.

- 22 mai : commission des comptes de printemps.

- 31 mai au plus tard : retour des questionnaires "loi de financement" en droits constatés pour tous les régimes. Cette échéance n'a pas été respectée : au moment de la rédaction de ce rapport, la DSS n'avait pas reçu tous les questionnaires.

- 24 juillet : transmission à la Cour des comptes des agrégats de comptes de la LFSS pour 1999 en encaissements-décaissements.

- 19 septembre : remise du rapport de la Cour des comptes au Parlement

- 21 septembre : commission des comptes de septembre.

- 18-29 septembre : établissement des agrégats et des annexes du PLFSS pour 2001 en encaissements-décaissements.

- 4 octobre : examen du PLFSS en conseil des ministres.

A - Les sources

Les comptes du passé produits par la DSS sont fondés sur deux sources d'information principales :

- le remplissage par les régimes du questionnaire "loi de financement" ;

- l'envoi par les régimes de leur compte emplois-ressources.

Quatre autres informations interviennent, produites entièrement ou en partie par la DSS :

- la dotation globale hospitalière, calculée en partenariat avec la direction des hôpitaux et répartie entre les régimes par une commission *ad hoc* ;

- la répartition de la CSG maladie et des droits alcools ;

- la répartition de la C3S ;

- les transferts de compensation entre régimes.

1. Le questionnaire "loi de financement"

Le questionnaire "loi de financement" (anciennement questionnaire "Effort social de la Nation") élaboré par la DSS, est envoyé aux régimes au cours des premiers mois de l'année depuis plus d'une dizaine d'années. Il permet de recueillir, pour les trois années précédentes, non seulement des informations sur les comptes des organismes, mais aussi les données sur les effectifs des régimes. Il est le même pour l'ensemble des régimes, certaines rubriques n'étant pas renseignées par tous (par exemple les rubriques portant sur la famille ne sont renseignées que par la CNAF). Il comporte neuf "sous-questionnaires" concernant les prestations sociales légales, les prestations sociales extra-légales, les cotisations sociales effectives, les effectifs de cotisants et de bénéficiaires, les emplois et ressources des opérations courantes, les opérations en capital et opérations exceptionnelles, les transferts versés par le FSV aux régimes vieillesse, les transferts entre régimes, et enfin les prestations entrant dans le champ de l'ONDAM.

La nomenclature du questionnaire "loi de financement" est beaucoup plus détaillée que celles des comptes publiés pour la CCSS et pour le PLFSS, car un grand détail est, selon la DSS, nécessaire pour permettre de ventiler les comptes des régimes en agrégats du PLFSS et d'analyser les résultats.

Les modifications de ce questionnaire au cours des ans ont été marginales. En 2000, il est adapté à un remplissage en droits constatés.

2. Les comptes des organismes de sécurité sociale

Les organismes de sécurité sociale rentrant dans le champ des comptes pour la CCSS (et donc dans celui des comptes pour les annexes au PLFSS et des agrégats de la LFSS qui est moins large) font parvenir à la DSS un compte emplois-ressources, le plus souvent extrait de leur rapport financier. Pour la commission des comptes de printemps, les caisses du régime général ne sont pas encore en mesure d'envoyer des comptes définitifs, les réunions des conseils d'administration des caisses pour l'approbation des comptes ne se tenant qu'au cours de l'été. Toutefois elles transmettent des comptes provisoires (cf. *infra* sur les délais).

3. Les autres sources

Comme il est dit plus haut, quatre autres sources d'information interviennent dans la confection des comptes par la DSS. Trois d'entre elles sont produites par la DSS elle-même, en partenariat avec les régimes : la répartition de la CSG maladie et des droits sur les alcools, la répartition de la C3S, et les transferts de compensation entre régimes. La dotation globale hospitalière est calculée en partenariat avec la direction des hôpitaux et répartie entre les régimes par la commission de répartition de la dotation globale, dont le secrétariat est assuré par la CNAMTS.

B - Les comptes pour le rapport de la CCSS

1. Le déroulement des opérations

Le questionnaire et les documents comptables sont retournés à la DSS par chaque régime. La DSS analyse alors la cohérence du remplissage du questionnaire pour les données financières, grâce à des contrôles informatiques et à une expertise humaine. L'hétérogénéité des règles et des pratiques concernant les cadres comptables et les modes de traitement d'opérations similaires entraîne de nombreuses mises au point avec les régimes. Lorsque l'information transmise par le régime semble fiable, la DSS ventile les montants dans la nomenclature des comptes de la CCSS.

Parallèlement au traitement des comptes des régimes, la DSS établit les montants de transferts inter-régimes et, en partenariat avec l'ACOSS, les montants de CSG-droits alcools à répartir. Les montants définitifs sont fixés par arrêté.

2. Les retraitements amenant à modifier les données inscrites dans les comptes des régimes

Trois types de retraitements effectués par la DSS amènent à retenir pour les comptes de la sécurité sociale qu'elle produit des données différentes de celles inscrites dans les comptes des organismes. Il s'agit de retraitements concernant les opérations de fin d'exercice, de retraitements liés aux transferts entre régimes, enfin de retraitements divers liés à des mises à jour d'estimations provisoires, notamment pour le compte de la branche famille.

Les retraitements de fin d'exercice

Les retraitements de fin d'année concernent les versements de l'État à la sécurité sociale effectués au cours de la période complémentaire, c'est-à-dire les versements effectués au mois de janvier au titre de l'exercice précédent. Il s'agit des transferts de l'État au profit de la sécurité sociale : remboursement d'exonération de cotisations et de prestations (notamment à la CNAF (cf. sur ce point, chapitre II, *supra*, p. 89). La DSS rattache ces opérations à l'année n-1, de façon à assurer la cohérence entre les comptes de la CCSS et l'exécution de la loi de finances.

Les retraitements relatifs aux transferts

Quand une différence apparaît entre les comptes du régime verseur et ceux du régime receveur, un arbitrage

est effectué en adoptant un régime pilote propre à chaque transfert.

Dans le cas du FSV, et s'agissant des prestations prises en charge, ce sont les montants inscrits dans les comptes des régimes receveurs qui sont pris pour référence. Des écarts sont parfois observés. Ils sont principalement dus à trois facteurs : aux opérations de régularisation d'un exercice sur l'autre ; à la différence de système de tenue de comptes entre le FSV (droits constatés) et les autres régimes (encaissements-décaissements) jusqu'en 1997 ; enfin à des difficultés d'identification des montants, ceux-ci étant parfois répartis dans plusieurs postes comptables par les régimes receveurs, et les montants ainsi répartis n'étant pas distingués des autres recettes dans ces postes. Les décisions d'arbitrage par la DSS se font également de sorte à garantir la cohérence du compte du FSV. En ce qui concerne les cotisations prises en charge, ce sont les décaissements du FSV qui sont retenus.

Si les écarts sont trop importants, ce qui est toutefois assez rare, la DSS procède à un examen plus approfondi auprès du régime concerné et à une régularisation sur l'exercice suivant.

Un exemple de retraitements divers : les retraitements effectués sur les comptes de la branche famille

L'encadré ci-après présente les opérations effectuées par la DSS pour passer du compte fourni par la CNAF au compte pour la CCSS pour la branche famille du régime général.

Comptes 1998 de la branche famille

Les retraitements opérés par la DSS pour établir les informations comptables figurant dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 1999

Les retraitements opérés par la DSS sur les informations comptables que lui a transmises la caisse nationale d'allocations familiales ont été de trois types :

1. Régularisations sur les prestations et cotisations prises en charge par l'État.

Elles concernent les prestations directement versées aux fonctionnaires de l'État et relevant du budget général, ainsi que le montant des cotisations théoriques d'allocations familiales afférentes. Jusqu'en 1999, la direction du budget transmettait ses informations comptables à la CNAF et à la DSS avec un certain retard. Au moment où la CNAF a transmis ses propres informations comptables à la DSS, elle n'était donc pas en mesure de fournir des données définitives concernant les opérations de l'État. Pour la commission des comptes de septembre 1999, la direction du budget de l'État a pu transmettre à la DSS les informations définitives sur l'exercice 1998 et les régularisations de l'exercice 1997, d'où les deux régularisations suivantes :

- Régularisations sur les opérations de l'exercice 1998 : la mise à jour par la DSS des montants de prestations transmis par la CNAF représente +467 MF sur les prestations 1998 et +694 MF sur les cotisations.

- Régularisations sur les opérations de l'exercice 1997 : la DSS comptabilise ces régularisations de l'État au titre des exercices précédents dans le chapitre "dépenses diverses" (ou "recettes diverses" s'il s'agit de régularisations sur des recettes), alors que la CNAF les rattache aux différents chapitres concernés. Par exemple, la régularisation de l'État au titre des allocations familiales pour l'exercice 1997 est comptabilisée par la CNAF dans le chapitre "allocations familiales" du compte de l'exercice 1998, alors qu'elle est isolée en dépenses diverses pour la commission des comptes de la sécurité sociale. Cette nouvelle ventilation n'aurait pas modifié le total des recettes et des dépenses si les montants concernant l'État avaient été de caractère définitif. La mise à jour des montants provisoires transmis par la CNAF fut de -564 MF sur les dépenses et de -55 MF sur les recettes.

2. Calage des recettes et des dépenses.

La DSS fait en sorte que les recettes concernant les subventions de l'État soient égales aux dépenses associées : sur le compte 1998, elle a retranché 39 MF au montant déclaré par la CNAF au titre des recettes de majoration d'allocation de rentrée scolaire (ARS), subvention prise en charge par l'État, pour que ce montant soit concordant avec le montant de dépenses de majoration d'ARS (incluse dans le compte CCSS dans le chapitre "ARS").

3. Une différence de champ concernant le poste "gestion administrative".

La DSS déduit de ce poste les recettes propres en capitaux pour la présentation des informations comptables concernant la CNAF à la commission des comptes de la sécurité sociale. Il s'agit notamment des remboursements d'avances faits par la CNAF (par son fonds national de gestion administrative) aux caisses locales, par exemple pour la construction d'immeubles.

Après retraitements par la DSS des comptes transmis par la CNAF, les dépenses présentées en commission des comptes de la sécurité sociale sont inférieures de 537 MF aux dépenses des comptes de la CNAF (252 543 MF), et les recettes sont augmentées de 600 MF par rapport aux recettes des comptes de la CNAF (254 446 MF). Le solde présenté en commission des comptes est ainsi supérieur de 1,1 MdF au solde du compte transmis par la CNAF.

Incidence pour 1998 des retraitements effectués par la DSS sur le compte de la CNAF

(CCSS - CNAF en MF)

	Dépenses	**Recettes**	**Solde**
. Régularisations des opérations 1998 de l'État	467	694	228
. Régularisations des opérations 1997 de l'État	-564	-55	509
. Homogénéisation dépenses/recettes	-.	-39	-39
. Différence de champ de gestion administrative	-440	.-	440
TOTAL	**-537**	**600**	**1 138**

C – les annexes de la loi de financement de la sécurité sociale

A partir des comptes réalisés de la CCSS et des données du questionnaire "loi de financement", la DSS ventile les montants selon la nomenclature des comptes pour les annexes c et d du PLFSS. Pour établir en particulier les comptes de l'annexe c, elle applique le filtre portant sur le nombre de cotisants des régimes pour rentrer dans le champ des comptes du PLFSS (régimes obligatoires de base de plus de 20 000 cotisants), puis répartit les données comptables par risque. Ensuite, elle effectue des traitements particuliers pour le calcul des dépenses par branche. Ainsi, à titre d'exemple, les prestations invalidité sont ventilées selon le critère suivant : si le bénéficiaire a moins de 60 ans, le montant des prestations est comptabilisé dans la branche maladie, s'il a plus de 60 ans, il l'est dans la branche vieillesse. Cette distinction n'est pas requise pour les comptes de la CCSS, mais elle l'est pour l'annexe c du PLFSS. Les recettes correspondantes sont réparties au prorata des dépenses du risque ainsi ventilées.

D – Les agrégats de comptes

Pour obtenir les agrégats de comptes, la DSS s'appuie sur les informations comptables des annexes c et d du PLFSS et consolide les recettes et les dépenses. Les montants des DOM sont pris en compte.

1. La consolidation des recettes et des dépenses

Afin d'éviter les doubles comptes dans le calcul des agrégats de recettes et de dépenses, la DSS consolide les versements internes opérés par certains régimes de base au profit d'autres régimes de base. Il s'agit de cotisations prises en charge par certains régimes (cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux prises en charge par les régimes maladie par exemple ; sur ce point cf. *infra* chapitre VIII, p. 327) et de transferts entre régimes de base ou effectués par des fonds concourant au financement de ces régimes, tel le FSV.

En pratique, on élimine les montants reçus et versés[66] à l'intérieur du champ retenu pour le calcul des agrégats de la LFSS (régimes de base de plus de 20 000 cotisants pour les dépenses, tous régimes de base pour les recettes, et les fonds concourant à leur financement). Par exemple, les montants des transferts de compensation reçus par les régimes de base sont déduits, pour les agrégats de recettes, de la catégorie "transferts reçus" ; pour les agrégats de dépenses d'autre part, ils sont déduits du total des dépenses de chaque branche concernée.

En ce qui concerne les opérations des fonds concourant au financement des régimes de base, la méthode de consolidation consiste à ne comptabiliser que leurs recettes nettes, c'est-à-dire les recettes moins les versements aux régimes de base. Par exemple, les recettes du FSV sont ajoutées aux recettes "impôts et taxes" des régimes de base, et les versements du FSV à ces régimes sont déduits de la rubrique "transferts reçus" dans leurs recettes.

2. Les objectifs de dépenses par branches

Passage des dépenses réalisées par branche des régimes de base aux agrégats de dépense par branche pour l'exercice 1999
(en MdF)

	Branche maladie	**Branche accidents du travail**	**Branche vieillesse**	**Branche famille**	**Total**
Dépenses des régimes de base	732,5	57,5	872,3	259,7	**1 921,2**
Transferts internes à consolider	-28,0	-5,3	-98,1	-1,3	**-132,7**
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale à consolider	-6,5	0,0	0,0	-1,3	**-7,9**
Dépenses des régimes de base de moins de 20 000 cotisants	-0,5	0,0	-2,1	0,0	**-2,6**
Dépenses des DOM consolidées	8,5	0,4	5,6	3,9	**18,4**
Dépenses réalisées par branche	**705,8**	**52,7**	**777,8**	**260,9**	**1 796,4**

Les objectifs de dépenses par branche sont estimés en réalisation à partir des dépenses de l'ensemble des régimes de base obligatoires. On leur soustrait d'une part les dépenses des régimes de moins de 20 000 cotisants ou bénéficiaires, les transferts internes aux régimes de base considérés, et les dépenses qui sont la contrepartie des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux prises en charge par la sécurité sociale (maladie et famille pour les premiers, maladie pour les seconds). D'autre part, on leur ajoute les dépenses dans les DOM (qui, dans les comptes de la CCSS, sont consolidées avec les recettes dans les DOM).

Le tableau précédent résume les opérations effectuées pour passer des dépenses des régimes obligatoires de base aux agrégats de dépenses par branche de la LFSS.

3. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie

L'ONDAM est la somme des dépenses des régimes obligatoires de base, dont sont exclus les prestations invalidité-décès, les rentes d'accidents du travail, les indemnités journalières maternité, les dépenses d'action sanitaire et sociale, les prestations extralégales, les dépenses de gestion administrative et au titre des divers fonds, les transferts et les frais financiers, et auxquelles sont ajoutées les dépenses des DOM (sur l'ONDAM et ses relations avec les OQN, cf. *infra*).

Le tableau suivant résume les opérations effectuées pour passer des agrégats de dépenses de l'ensemble des régimes de base pour les branches maladie et accidents du travail à l'ONDAM.

Passage des dépenses réalisées par branche de l'ensemble des régimes de base à l'ONDAM réalisé pour l'exercice 1999

	Branche maladie	**Branche AT**	**Total**
Dépenses des régimes de base	706,3	56,7	**763,0**
Prestations légales hors champ			
Prestations invalidité-décès	-	-	**-**
Prestations incapacité permanente (AT)	-	- 30,1	**- 30,1**
Indemnités journalières maternité	- 12,2	-	**- 12,2**
Prestations à déduire			
Prestations de services sociaux	- 10,7	-	**- 10,7**
Prestations extra-légales	- 3,5	-	**- 3,5**
Dépenses à déduire			
Frais de gestion	- 34,2	- 5,3	**- 39,5**
Transferts versés	- 25,5	- 6,4	**- 31,9**
Frais financiers	- 0,3	0,0	**- 0,3**
Autres dépenses	- 1,4	- 0,1	**- 1,5**
Solde des opérations DOM	- 6,3	0,1	**- 6,2**
A ajouter :			
Dépenses DOM consolidées	13,4	0,1	**13,5**
ONDAM réalisé	**625,6**	**15,0**	**640,6**

4. Les catégories de recettes

Les catégories de recettes sont les mêmes que dans les comptes des régimes autres que le régime général pour la CCSS : cotisations sociales effectives, cotisations fictives, contributions publiques, impôts et taxes affectés, transferts entre régimes et autres ressources. On y ajoute les ressources du FSV et les recettes des DOM, et on déduit les cotisations prises en charge par la sécurité sociale et les transferts reçus des régimes de base.

Le tableau suivant résume les opérations effectuées pour passer des catégories de recettes des régimes obligatoires de base aux agrégats de recettes par catégorie.

Passage des ressources réalisées dans l'annexe d du PLFSS aux agrégats de recettes perçues par catégorie pour l'exercice 1999

(en MdF)

				Agrégats de

Ressources	Régimes de base	FSV	Ressources à consolider	recettes perçues par catégorie
Cotisations effectives	1 069,9	-	-7,9	**1 062,0**
Cotisations fictives	195,9	-	-	**195,9**
Impôts et taxes affectés	326,6	80,2	-	**442,7**
Transferts reçus	215,1	-	-210,7	**4,4**
Contributions publiques	68,5	-	-	**68,5**
Revenus des capitaux	1,4	0,1	-	**1,5**
Autres ressources	33,3	-	-	**33,3**
Total des ressources réalisées	**1 946,5**	**80,3**	**-218,5**	**1 809,3**

III – Etat des lieux sur les délais et la qualité

A – Les délais de production

Les progrès sont notables puisque les agrégats de la loi ont été fournis à la Cour des comptes fin juillet 2000, au lieu de mi-septembre comme c'était le cas précédemment. Cependant, il conviendrait de réduire encore ces délais de production (à titre d'exemple, l'Etat fournit ses comptes avant la fin mars). Ils dépendent de deux facteurs : les délais de transmission des informations (comptes et réponse au questionnaire "loi de financement") par les régimes et les moyens mis en œuvre par la DSS.

Les dates d'envoi des documents comptables définitifs à la DSS dépendent des dates d'approbation des comptes par les conseils d'administration des régimes. Ceux-ci font néanmoins parvenir à la DSS des documents provisoires pour que celle-ci puisse engager ses travaux. En particulier, pour la commission des comptes de printemps, les comptes provisoires du régime général pour l'année écoulée sont transmis en mai à la DSS. Toutefois, l'attente des documents comptables définitifs nécessite à la DSS des traitements successifs de mise à jour des données.

Concernant les quatre caisses nationales du régime général, les dates d'approbation des comptes ont pu être avancées dans l'année depuis six ans : en 1995, elles s'étalaient entre le 12 septembre et le 30 octobre, alors qu'en 2000, elles s'échelonnent entre le 23 mai et le 13 juillet.

La DSS n'a pas besoin pour ses travaux de comptes approuvés "au centime près". Il serait préférable d'obtenir les informations plus tôt dans l'année, quitte à accepter que certaines rubriques soient de nature estimative.

Les régimes doivent donc plutôt fournir leurs comptes à la DSS avant une date butoir fixée, ce qui suppose une déconnexion entre la date de transmission des comptes et la date de leur approbation.

Par ailleurs, les délais de retour des questionnaires "loi de financement" ont été largement dépassés par une partie des régimes les années précédentes (en 1999, deux mois après l'envoi des questionnaires vierges, au moins cinq d'entre eux n'avaient pas été retournés à la DSS), ce qui suffit à bloquer tout le processus d'élaboration des comptes. Les régimes doivent remplir leurs obligations envers la tutelle dans les temps impartis.

En 2000, la remise par les régimes de ce questionnaire renseigné en encaissements-décaissements était attendue pour la fin avril. Elle s'est en pratique étalée jusqu'à la fin mai. En droits constatés, elle était prévue pour la fin mai. A la date de rédaction de ce rapport, tous les régimes n'avaient pas renvoyé leur réponse.

Enfin, les moyens mis en œuvre par la DSS pour traiter les réponses des organismes présentent à ce jour certaines faiblesses.

L’environnement informatique est à rénover, et c’est le chemin qu’a emprunté la DSS en faisant réaliser un audit début 2000, en vue de faire évoluer son système informatique pour l’élaboration des comptes. Elle a également fait appel à une prestation de service pour le calcul des agrégats du PLFSS en droits constatés, dont elle tirera des enseignements. Il est essentiel qu’elle poursuive ses efforts dans cette voie car un système informatique insuffisant pèse sur les délais et présente des risques pour la qualité.

Par ailleurs, le renforcement et le renouvellement des cadres chargés, à la DSS, d’élaborer les informations comptables, et qui sont très spécialisés, est très difficile. A cela s'ajoute un manque de documentation de leurs pratiques qui compromet non seulement la polyvalence des compétences mais aussi la transparence des opérations. Au total, la disproportion est très grande entre les moyens que la DSS peut consacrer à l'élaboration de ces informations comptables et l'ampleur de cette fonction (y compris si l'on songe aux montants en cause).

B – La qualité et la lisibilité des trois types d’informations comptables entre elles

1. Les travaux de la MIRCOSS

Des progrès sont à venir concernant les plans de comptes grâce aux travaux d’harmonisation de la MIRCOSS (mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale[67]). Ces travaux vont également améliorer la tenue par les organismes des comptes en droits constatés (sur l’application effective actuelle des droits constatés, cf. *supra*). Cela va favoriser une plus grande homogénéité des traitements opérés par la DSS pour l’établissement de ses informations comptables.

Le nouveau plan de compte devrait être rendu obligatoire à partir du 1er janvier 2002 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, selon les propositions de la mission. C’est à cette échéance qu’on pourra disposer de « vrais » comptes pour l’ensemble de la sécurité sociale après consolidation des comptes des régimes. Mais cette échéance sera, selon la MIRCOSS, difficile à respecter pour tous les régimes. Il est donc essentiel que ceux-ci puissent trouver un appui méthodologique auprès de la DSS.

Enfin, l’un des objectifs de la MIRCOSS est de créer une nomenclature unique pour les comptes de la CCSS et pour les annexes du PLFSS et de "démarginaliser" les informations portant sur les DOM en les intégrant dans tous les postes.

2. La qualité des informations source

Les informations transmises par les caisses nationales du régime général sont estimées de bonne qualité par la DSS. En revanche, les informations transmises par certains autres régimes posent des problèmes de qualité.

Les régimes des assemblées parlementaires, au nom de l’indépendance du pouvoir législatif par rapport au pouvoir exécutif, ne relèvent pas de la tutelle de la DSS et ne lui transmettent donc aucune information comptable ou relative à ses effectifs. La Cour pense que dans un souci de transparence, de telles informations devraient être disponibles. D’ailleurs les assemblées ont choisi de respecter le plan de comptes retenu par la mission interministérielle de la réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, qui sera rendu obligatoire en 2002, et de publier, dans cette forme, à compter de cet exercice, les comptes annuels d’exécution de leurs régimes, qui seront dès lors à la disposition de la commission des comptes et de la direction de la sécurité sociale.

Quelques régimes, parmi lesquels le régime des marins (ENIM) et le régime minier (CANSSM), éprouvent des difficultés techniques à respecter les délais et à donner des informations de qualité suffisante (ces deux organismes indiquent, dans leur réponse au présent rapport, les améliorations intervenues en 2000 ou en cours).

Les régimes des exploitants et salariés agricoles posent également des problèmes de délais à la DSS. Les données de ces régimes sont actuellement transmises à la DSS par la MSA, mais également par le ministère de l’agriculture et de la pêche, qui se charge, si besoin est, des retraitements nécessaires. Ces retraitements perdront leur raison d’être lorsque la MSA sera en mesure de fournir ses informations conformément aux modalités souhaitées par la DSS, permettant de revenir à un circuit de transmission plus classique.

RECOMMANDATIONS

1. Harmoniser le contenu et les nomenclatures des informations comptables élaborées pour la CCSS et pour les annexes c et d du PLFSS.

2. Accroître et améliorer les moyens que la DSS consacre à l'élaboration des informations comptables :

- en poursuivant la rénovation du système informatique ;

- en développant les équipes et leur polyvalence ;

- en rendant plus documentée et transparente cette élaboration ;

3. Continuer à raccourcir les délais de production et de transmission des comptes arrêtés par les comptables des organismes et des informations complémentaires par les régimes, en visant le 31 mars ; cela suppose en particulier que les comptes soient arrêtés avant la fin mars et immédiatement envoyés à la direction de la sécurité sociale ;

4. Accroître la qualité des informations transmises par certains régimes.

Réponse

---

[63] On ne s'intéressera ici qu'aux travaux ayant trait aux comptes, lesquels occupent une sous-direction parmi les six que compte la DSS.

[64] Le mot comptes est mis entre guillemets pour bien marquer qu'il ne s'agit pas de comptes au sens de comptes d'une institution, mais l'aboutissement d'un processus, dans un cadre comptable, d'agrégation et de retraitements de comptes des organismes de sécurité sociale, processus qui est justement décrit dans les pages suivantes.

[65] La différence entre variation de fonds de roulement et solde des opérations courantes tient à l'inclusion dans la première des opérations en capital.

[66] Montants égaux entre eux grâce aux retraitements décrits *supra*.

[67] Sur cette mission, cf. le rapport de la Cour de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale.

Sommaire

Section III :
Les méthodes de préparation et de suivi de l'ONDAM et des OQN

Les lois de financement de la sécurité sociale fournissent un cadre à la régulation globale des dépenses d'assurance maladie. Elles fixent notamment l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), seul montant voté pour l'exercice suivant par le Parlement en ce qui concerne l'ensemble des régimes obligatoires. Cet objectif est ensuite réparti par le gouvernement entre quatre enveloppes : celle des établissements hospitaliers, celle des cliniques privées, celle des établissements médico-sociaux, enfin celle des dépenses de soins de ville. Depuis la loi de financement pour 2000, seule cette dernière est retranscrite par les partenaires conventionnels.

La Cour, dans son précédent rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, avait souligné le caractère parfois arbitraire du champ de l'ONDAM, le degré différent d'encadrement des postes de

dépenses qui le compose, les faiblesses dans les méthodes de préparation et enfin les insuffisances rencontrées dans les modalités de suivi des objectifs.

L'existence de l'ONDAM constitue, comme c'était l'une de ses finalités, un indéniable progrès dans l'amélioration de la connaissance par la représentation nationale des choix effectués en la matière. Il n'en demeure pas moins que les insuffisances relevées dans les méthodes de préparation et le fait que la traduction chiffrée des objectifs de santé publique soit très grossière font que l'information présentée n'est pas encore totalement pertinente. Cette année, la Cour a poursuivi son analyse sur trois points :

- la pertinence de l'information communiquée au Parlement ;

- les méthodes de préparation ;

- le suivi des objectifs quantifiés nationaux, c'est-à-dire les objectifs par profession découlant de l'ONDAM et négociés avec les partenaires conventionnels.

I - La pertinence des données présentées au Parlement

Les données présentées au Parlement à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale ne permettent pas de comprendre avec précision l'évolution de l'ONDAM, des enveloppes qui le composent et des objectifs quantifiés nationaux qui en découlent. Les limites dans l'information sont de deux ordres :

- le contenu de l'ONDAM diffère de celui des OQN ;

- des changements de méthodes réduisent la compréhension de certaines évolutions.

A - La décomposition de l'ONDAM en enveloppes et le lien avec les OQN

1. Les différences de champ entre l'ONDAM et les oqn ne permettent pas une information précise du parlement

L'ONDAM voté par le Parlement et les enveloppes qui en sont déduites sont des objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Il ne revêt pas lui-même un caractère impératif, mais les décisions qui succèdent à son adoption fixent des financements limitatifs (pour les établissements) ou comportent des mécanismes de régulation a posteriori qui visent à lui donner une portée impérative.

Il constitue une estimation des dépenses de l'assurance maladie et non une estimation des dépenses totales de chaque secteur. Ainsi, pour les hôpitaux, l'objectif voté par le Parlement comprend uniquement les dépenses prises en charge par l'assurance maladie, dites **dépenses encadrées** et versées aux établissements sous forme de dotation globale. Mais, dans les quinze jours qui suivent la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, plusieurs arrêtés sont publiés qui fixent le montant des **dépenses autorisées** des établissements sous dotation globale. Or les deux notions ne coïncident pas. Les dépenses autorisées incluent, outre les dépenses encadrées financées par la dotation globale, les dépenses financées par les recettes propres et subsidiaires des hôpitaux, par exemple le forfait journalier acquitté par les patients, ou encore la part des soins restant à la charge des mutuelles. Pour l'année 1999, l'objectif prévisionnel des dépenses encadrées pour les établissements de santé sous dotation globale avait été fixé à 249 MdF, et le montant des dépenses autorisées à 259 MdF. Pour l'année 2000, les montants correspondants sont respectivement de 255,7 et 266,9 MdF.

L'exacte information du Parlement supposerait qu'il ait connaissance non seulement, comme aujourd'hui, des dépenses encadrées, mais aussi des dépenses autorisées. Comme il ne vote pas le montant des dépenses encadrées, mais qu'elles sont seulement fournies dans les annexes du projet de loi de financement de la sécurité sociale comme composante de l'ONDAM, lui fournir en complément les dépenses autorisées ne paraît pas poser de problème de principe.

Par ailleurs, à la suite des négociations avec les partenaires sociaux et les syndicats de personnels hospitaliers,

la croissance des dépenses hospitalières autorisées pour 2000 a été portée de 2,5 à 3,23 %. Le financement de cette enveloppe est assuré par l'Etat, sans que l'ONDAM ait été revalorisé. Cette méthode faussera la comparaison entre exercices. Il serait souhaitable que, dans la loi de financement pour 2001, ces dépenses soient intégrées dans l'ONDAM, avec la rétropolation correspondante des montants de 2000.

De même, l'enveloppe médico-sociale des dépenses d'assurance maladie indiquée au Parlement ne représente pas l'ensemble des dépenses de ce secteur, puisqu'une partie du financement provient d'autres financeurs (conseils généraux, mutuelles, ménages). L'objectif prévisionnel des dépenses d'assurance maladie pour les établissements et les services sociaux et médico-sociaux publics et privés a été fixé à 43,9 MF pour 1999 (47,2 MdF pour 2000). Corrélativement, le montant total des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, prix de journée et tarifs afférents aux prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés était fixé à 47,6 MdF pour 1999 (50,2 MdF pour 2000) (sur la répartition régionale des deux enveloppes, hospitalière et médico-sociale, cf. chapitre II, supra, p. 89).

Pour les professionnels de santé également, l'ONDAM ne comprend que les dépenses **remboursées**, alors que l'objectif des dépenses médicales est exprimé, lui, en dépenses **remboursables**. La différence porte d'une part sur les dépenses non présentées au remboursement, et d'autre part à la part laissée à l'assuré (ou à sa protection complémentaire). Elle provient du fait que les buts de ces deux instruments ne sont pas identiques. Les objectifs quantifiés négociés par la CNAMTS dans le cadre de l'enveloppe soins de ville définissent le revenu des professionnels concernés (hors dépassements autorisés) : la négociation de la CNAMTS avec les professionnels de santé porte sur des tarifs opposables et non sur des tarifs remboursés, c'est à dire la dépense de l'assurance maladie, et celle qui incombe aux autres financeurs, que ce soit les mutuelles ou les ménages eux-mêmes.

Là aussi l'enveloppe répartie par la CNAMTS ne correspond pas aux montants présentés au Parlement. Ainsi, il serait souhaitable que le Parlement dispose, à côté des données sur les enveloppes et entrant dans l'estimation de l'ONDAM soumis à son vote, d'estimations des dépenses totales de chaque secteur, ce qui lui donnerait une vue plus complète et lui permettrait de connaître et de suivre la proportion, dans ces dépenses totales, de ce qui est couvert par l'assurance maladie.

2. L'ONDAM est encore exprimé en encaissements-décaissements

La Cour souligne avec constance l'importance de l'utilisation d'une comptabilité en droits constatés pour la présentation des comptes des organismes sociaux. Or, l'ONDAM, comme les onze autres agrégats de la loi de financement (objectifs de dépenses et prévisions de recettes), est encore exprimé en encaissement décaissement (cf. sur ce point supra). Cette présentation permet un suivi des données sur une longue période, une production rapide de données, mais les résultats sont liés notamment au rythme de la liquidation qui peut varier d'un mois sur l'autre.

B - Des changements de contenu et de méthode

Ce que l'on nomme "opérations de rebasage" fausse la signification de certaines informations fournies au Parlement. Sous ce vocable, il faut distinguer plusieurs choses : des changements de contenu de l'ONDAM et des transferts entre enveloppes, des modifications de calculs des taux d'évolution (pour tenir compte des écarts entre estimations et objectifs), et enfin la prise en compte de la remise versée par l'industrie pharmaceutique.

1. Les modifications dans le contenu de l'ONDAM et des transferts entre enveloppes

Chaque année, le contenu de l'ONDAM est modifié et des transferts entre enveloppes sont effectués. Ces modifications sont liées soit :

- à l'inclusion dans l'ONDAM de dépenses de l'Etat : pour 2000, inclusion des centres de diagnostics anonymes et gratuits (CDAG), de la prise en charge des toxicomanes, et des centres de planification et d'éducation familiale (soit un total de 102MF) ;

- à des transferts de dépenses de certains fonds de l'assurance maladie qui n'étaient pas auparavant inclus dans l'ONDAM vers celui-ci : transfert de certaines dépenses du fonds national de prévention, d'éducation et

d'information sanitaires (FNPEIS) et transfert du coût des affectations de longue durée (ALD) du fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) (soit une estimation de 900 MF) ; ces transferts avaient été recommandés par la Cour ;

- à des transferts entre enveloppes : onze médicaments, jusque là distribués uniquement en pharmacie hospitalière, le sont désormais aussi en officine, et sont de ce fait transférés de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe soins de ville (environ 600 MF) et des crédits du secteur sanitaire public sont transférés vers le secteur médico-social (entre 150 et 200 MF).

Certains de ces transferts sont justifiés et améliorent la cohérence de l'ONDAM. En revanche, d'autres accroissent son hétérogénéité. Ainsi, l'inclusion des CDAG dans l'ONDAM, correspond à des dépenses de prévention proches de celles du FNPEIS qui ne figurent pas toutes dans l'ONDAM. Ces transferts faussent la comparaison sur longue période, car il n'est fourni de rétropolation que d'une année sur l'autre.

Si l'on intègre les transferts, les taux d'évolution d'une année sur l'autre peuvent être modifiés. Par exemple, l'évolution prévue entre l'objectif de 1998 et celui de 1999 était de 2,73 % et, si l'on tient compte du rebasage, de
2,66 %. Surtout, pour les soins de ville, l'évolution d'objectif à objectif était de 2,67 % contre 1,90 % seulement, si l'on tient compte du "rebasage" lié au transfert.

2. La modification du calcul du taux d'évolution

Les premières années, le taux d'évolution de l'ONDAM était fixé par référence au montant de l'ONDAM voté pour l'année précédente et non aux dépenses effectives pendant cette année. Ce système était censé permettre la récupération des éventuels dépassements des années précédentes. Cependant, l'objectif ayant été dépassé chaque année, et compte tenu de l'effet mécanique de l'accumulation des dépassements, le gouvernement a décidé de modifier la procédure de fixation de l'ONDAM pour 2000.

Il faut distinguer nettement deux choses :

- le niveau de l'ONDAM, c'est-à-dire de l'objectif que l'on se fixe, exprimé en MdF ;

- l'évolution de cet objectif par rapport, soit à l'objectif qui avait été fixé pour l'année précédente (ONDAM objectif), soit par rapport aux dépenses effectives qui ont eu lieu cette année précédente (ONDAM réalisé), et, dans les deux cas, cette évolution est exprimée en pour cent (%).

Seul le montant de l'objectif figure dans la loi de financement, et c'est donc ce que vote le Parlement, et non un taux de croissance. Après coup, on constate les dépenses, et souvent un dépassement en les rapprochant de l'objectif voté : ainsi, en 1999, le dépassement a été de 11,3 MdF.

Objectif et réalisation de l'ONDAM 1997-2000

(en MdF et %)

	1997	**1998**	**1999**	**2000**
Objectif (MF)	600 200	613 800	629 900	658 300
Réalisé (MF)	599 479	623 600	641 200	
Taux de croissance				
Objectif n/objectif (n-1)		2,27 %	2,62 %	4,51 %
Réalisé n/objectif (n-1)		3,90 %	4,46 %	
Objectif n/réalisé (n-1)	1,7 %	2,39 %	1,01 %	2,67 %
Réalisé n/réalisé (n-1)		4,02 %	2,82 %	

Source : commission des comptes de la sécurité sociale, estimations de la direction de la sécurité sociale, projet de loi de financement 2000.

Le taux de croissance ne figure pas dans le PLFSS, mais cette grandeur est présentée par le gouvernement, et davantage médiatisée que le montant. Ce taux dépend bien entendu de la base : pour un même montant, le taux sera plus faible si la base (de l'année précédente) est plus élevée. C'est ici qu'intervient le "rebasage" : il a été décidé de prendre, pour calculer l'évolution de 1999 à 2000, la base égale non plus à l'ONDAM objectif 1999 voté par le Parlement dans la loi de financement pour 1999, mais le montant réalisé prévisionnel pour 1999 établi par la CSSS en septembre 1999. Au-delà de la rupture statistique opérée, ce changement permet de réintroduire la possibilité de faire une prévision réaliste de l'ONDAM et de ses différentes sous-enveloppes. En effet, les taux proposés par le gouvernement pour 2000 sont calculés sur la base de l'objectif initial 1999 pour les établissements publics de santé, les établissements médico-sociaux et les cliniques privées, et sur la base de la prévision d'exécution 1999, connue en septembre 99, pour les soins de ville, secteur où l'effet report des dépassements successifs était le plus important.

3. La prise en compte de la remise versée par l'industrie pharmaceutique

A partir de celui voté pour 1999, l'ONDAM est défini en retranchant des dépenses les remises conventionnelles versées par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au titre du dépassement de l'objectif conventionnel d'évolution de leur chiffre d'affaires, dans le cadre des accords signés avec le comité économique du médicament.

Cette diminution de dépenses est enregistrée sur l'enveloppe soins de ville, qui comprend le poste médicaments[68]. Mais le montant de la remise n'est fixé qu'après la fin de l'année, le comité économique du médicament devant constater s'il y a eu ou non dépassement. Le montant de la remise au titre de 1998 a été fixé en avril 1999 à 1,2 MdF. Son versement a été constaté dans les comptes de l'ACOSS en 1999. Ainsi, le Parlement votant en décembre 1998, l'ONDAM pour 1999 l'a fixé à 629,9 MdF, alors qu'un dépassement de la prévision lié à la progression des dépenses de médicaments était prévisible. En fait l'objectif réel, déduction faite de la remise, était de 628,7 MdF et ne pouvait être connu par la représentation nationale.

Enfin, retrancher la remise de l'objectif de dépenses conduit à imputer sur 1999 des événements ayant eu lieu en 1998 et à comptabiliser une recette comme une moindre dépense, ce qui réduit d'autant la clarté de l'information et fausse les possibilités de suivi sur le long terme.

II - Les méthodes de préparation

Dans son rapport précédent, la Cour a montré que l'élaboration de l'ONDAM se faisait selon une procédure proche de celle du budget. Dans le cadre de l'équilibre des finances publiques, la variable déterminante de l'évolution de l'ONDAM était le taux d'évolution prévisionnel des dépenses de rémunération des personnels hospitaliers. Enfin, le dossier de préparation de l'ONDAM présentait certaines faiblesses. Pour la préparation de la loi de financement pour 2000, la fixation de l'enveloppe médico-sociale et la prise en compte de la CMU permettent de fournir de nouveaux exemples des difficultés rencontrées lors de la préparation de l'ONDAM.

A - La détermination de l'enveloppe médico-sociale

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précise dans l'article 27-5 que le financement des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépense opposable comme celui des établissements hospitaliers. De ce fait, la préparation de l'enveloppe doit se faire avec plus de précision qu'auparavant. L'organisation du secteur médico-social ne peut être cependant totalement comparée au secteur hospitalier. Tout d'abord, contrairement au secteur hospitalier, le secteur médico-social souffre d'une insuffisance de l'offre, tant pour les soins aux personnes handicapées que pour la prise en charge des personnes âgées. D'autre part, les modes de tarifications sont différents : la plupart des établissements sont encore tarifés aux prix de journée et ne relèvent pas d'un système de budget global. Enfin, il n'existe pas de caisses pivots qui permettent de centraliser les versements des différentes caisses d'assurance maladie et faciliter la réunion puis la diffusion d'information.

La préparation de l'enveloppe des établissements médico-sociaux de l'ONDAM est effectuée au sein de la direction de l'action sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité, avec des moyens insuffisants. L'effectif du bureau chargé de ce travail est de 15 personnes, soit 11,5 équivalent temps plein (ETP) , mais en

fait, la gestion des crédits de fonctionnement et de la réglementation occupe seulement 4,5 ETP. La préparation de l'enveloppe 2000 s'est effectuée dans un contexte rendu particulièrement difficile, comme pour les établissements hospitaliers, par l'absence de tout outil : le logiciel précédemment utilisé (PAGE), qui ne permettait pas de disposer d'information complète sur la gestion des établissements médico-sociaux, ne fonctionnait plus et que le nouveau logiciel GEODE, adapté spécifiquement à la gestion des établissements, n'était pas encore opérationnel. La préparation des enveloppes s'est effectuée alors sur des feuilles de calcul EXCEL à l'aide des nomenclatures définies pour GEODE.

La détermination de l'enveloppe médico-sociale se déroule en deux étapes qui sont proches de celles relatives à la préparation des budgets de l'Etat : calcul de la base de l'année n pour les enveloppes en reconduction et application d'un taux d'évolution ; puis intégration des mesures nouvelles.

Le calcul de la base de l'année n se fait en intégrant les dépenses inéluctables puis en appliquant aux dépenses en personnel un taux d'évolution en fonction des accords sur les rémunérations de la fonction publique. Une évolution identique à celle de la fonction publique est accordée aux établissements privés. Les augmentations des dépenses de fonctionnement sont évaluées par application d'un taux d'inflation, puis compensées par des économies sur le fonctionnement non spécifiées ; de ce fait, les évolutions des dépenses en reconduction ne dépendent que des variations des rémunérations.

Ces calculs sont effectués pour chacune des sous-enveloppes (personnes handicapées et personnes âgées) dont l'addition donne l'enveloppe médico-sociale. Compte tenu du fait que les financements accordés par l'assurance maladie ne couvrent pas toutes les dépenses (que ce soit des prix de journées ou des forfaits), la direction de l'action sociale réalise tout d'abord une estimation totale des dépenses (en reconduction ou en mesures nouvelles), puis calcule la part de l'assurance maladie dans ces dépenses par l'application d'une clé de répartition spécifique à chaque composante. Cette clé est reconduite d'année en année, sans tenir compte d'une éventuelle déformation de la structure des recettes.

B - L'impact de la CMU sur l'ONDAM

La mise en place de la couverture médicale universelle au 1er janvier 2000 devrait avoir un impact sur l'évolution de l'ONDAM et notamment sur les dépenses de ville. L'impact de la CMU sur les dépenses d'assurance maladie figurant dans le champ de l'ONDAM résulte de trois facteurs :

- l'extension de la couverture maladie de base aux personnes qui ne sont affiliées ni à un régime obligatoire de base ni à une assurance personnelle ;

- l'effet induit par la fourniture d'une protection complémentaire gratuite ;

- la déconnexion des droits et des versements de cotisations.

1. L'extension de la couverture de base

La mise en place de la CMU permet à certaines catégories de la population de bénéficier d'une couverture de base gratuite. L'estimation de l'impact de la CMU sur l'ONDAM ne doit pas tenir compte du basculement vers la CMU de populations qui étaient couvertes par d'autres mécanismes (aide médicale gratuite, RMI..), car les dépenses afférentes à ces populations faisaient l'objet d'un reversement de l'Etat à l'assurance maladie qui était déjà compris dans l'ONDAM, mais uniquement des personnes qui ne disposaient d'aucune couverture. Selon la DSS, à partir des enquêtes du CREDES, partant d'une dépense moyenne en assurance maladie de 7000 F, ce surcroît de dépense pour les régimes d'assurance maladie a été estimé à 600 MF, (le CREDES, qui se fonde sur des hypothèses de montée en charge plus rapide, l'estime à 700 MF).

2. L'effet induit sur la consommation de soins par la fourniture d'une couverture complémentaire gratuite

Il existe une différence de consommation entre ceux qui bénéficient de la couverture complémentaire et ceux qui n'en bénéficient pas. Pour mesurer l'impact sur l'ONDAM, il faut prendre la part assurance maladie de cette différence, soit, d'après la DSS, selon les enquêtes du CREDES, une somme de 320 F[69]. Si l'on considère que 40 % des personnes concernées ne sont pas couvertes par une assurance complémentaire, soit, selon la DSS,

2,4 millions de personnes, la charge supplémentaire pour l'assurance maladie serait de 770 MF en année pleine.

3. La déconnexion des droits et du versement des cotisations

Les deux précédentes composantes -extension du nombre des personnes couvertes et élargissement de la couverture- sont des effets directs de la mise en place de la CMU. Un troisième élément résulte du choix fait par l'Etat de ne compenser en recettes les dépenses induites que pour le régime général. Or, si le régime général est le seul à pouvoir légalement assurer la couverture de base, la CANAM et la MSA peuvent, comme le régime général ou les assureurs privés, prendre en charge la protection complémentaire. Cette déconnexion entre dépenses et recettes a été estimée par la CANAM entre 270 et 1 310 MF et par la MSA à 150 MF. La CANAM a en effet jugé la prévision difficile en raison de l'incertitude sur le nombre de personnes qui s'adresseront à elle plutôt qu'au régime général. L'estimation fournie par la MSA est apparemment plus précise mais ne reposait pas sur un scénario élaboré. Pour préparer la loi de financement pour 2000, la DSS a choisi de retenir la valeur la plus basse de la fourchette (en supposant que les nouveaux ayant droits s'adresseront en premier lieu et principalement aux CPAM pour leur couverture complémentaire et peu au régime des non salariés non agricoles), soit, en arrondissant, 400 MF.

Au total, l'impact en année pleine serait donc 1,4 MdF sur l'ONDAM et 400 MF en moindre recette, qui n'affectent pas l'objectif en lui-même. En supposant que la mise en place de la CMU ne touche pas tout de suite l'ensemble de la population cible mais 65 %, la DSS a estimé dans le cadre de la préparation de l'ONDAM 2000, à 1,3 MdF l'effet sur l'ONDAM, soit
0,5 % de l'objectif des soins de ville ; c'est ce résultat qui a été pris en compte dans l'augmentation de l'ONDAM.

III - Le suivi des OQN et la présentation des statistiques

Le suivi statistique des dépenses de ville à la CNAMTS se fait toujours principalement à partir des données issues de l'application TANDEM que la Cour a décrite dans son rapport de l'année précédente. Les statistiques présentées sont donc toujours en encaissement décaissement alors que les comptes des caisses sont en droits constatés et sont basés sur l'actuelle nomenclature des actes, encore imparfaite. Dans son rapport précédent, la Cour soulignait que la qualité des données issues de TANDEM était tributaire à fois de la qualité de la liquidation dans les CPAM et de la fiabilité des règles d'imputation d'un acte à un type de praticien lorsque ce dernier n'est pas connu avec précision. Si la codification des praticiens est maintenant opérationnelle et si l'imputation d'une dépense à un professionnel s'est considérablement améliorée, par contre peu d'améliorations ont été enregistrées sur le premier point.

La CNAMTS continue à privilégier dans le communiqué et la présentation synthétique des statistiques l'indicateur d'activité dont la Cour avait montré qu'il présentait l'inconvénient de mélanger des montants constatés pour les mois antérieurs et une prévision pour les mois suivants. En revanche, des progrès ont été faits qui permettent de disposer de résultats avancés, ce qui correspond à une demande de la Cour, et de suivre les dépenses par profession et donc l'objectif des dépenses déléguées tel qu'il est défini par la loi de financement pour 2000.

Pour permettre une diffusion plus rapide et un suivi du nouvel objectif des dépenses déléguées, la division des statistiques et des études de la CNAMTS a mis au point deux nouvelles séries : une estimation provisoire par composante de l'enveloppe de soins de ville et une statistique de suivi des dépenses par professionnel.

A - La statistique provisoire

La CNAMTS publie les statistiques sur les dépenses de santé un mois et quinze jours après la fin du mois n. Ce délai était nécessaire pour effectuer les vérifications et les corrections des données issues de la liquidation des caisses d'assurance maladie ou des sections mutualistes. Depuis le début de 1999, la direction des études statistiques de la CNAMTS est à même de produire, par extraction de TANDEM, des résultats provisoires à quinze jours après la fin du mois n, à partir des premières données issues de la liquidation des CPAM .

La comparaison des résultats définitifs et provisoires sur plusieurs mois montre que l'erreur sur le volume est faible (de l'ordre de 0,5 %) et que les estimations des évolutions sont quasiment identiques. Les différences

d’estimations portent sur les dépenses des cliniques privées, où les flux de dépenses présentés à la CNAMTS ne sont pas aussi réguliers que pour les autres postes, des rectifications importantes étant faites par exemple en décembre. Les résultats provisoires, s'ils ne sont pas assez exacts pour pouvoir être utilisés dans une optique d'opposabilité des dépenses aux professionnels de santé, le sont suffisamment pour être révélateurs des tendances.

La disponibilité rapide d’un indicateur provisoire suffisamment précis permet désormais de prendre des décisions dans un délai plus court et de faciliter les discussions contractuelles qui doivent avoir lieu pour le suivi de certains objectifs quantifiés, que ce soit l’objectif des dépenses déléguées ou l’objectif quantifié des cliniques privés.

La qualité de ces données semble suffisante pour une diffusion plus large des résultats provisoires qui pourrait contribuer à la transparence.

B - La statistique par catégorie de professionnels de santé

La présentation par type de dépenses (par exemple actes en C, CV, B, Z) ne permet pas de suivre les dépenses correspondant aux champs des différents objectifs compris dans l’objectif de soins de ville. Ces objectifs correspondent en effet pour l’essentiel aux dépenses générées par les professions qui prescrivent (médecins libéraux, dentistes libéraux, sages-femmes libérales) ou des professions "prescrites" (auxiliaires médicaux, laboratoires d’analyses, transports sanitaires). Un même type d'actes peut dans certains cas être effectué par plusieurs professions et d'autre part un professionnel peut être à la fois prescripteur et prescrit. Il était donc nécessaire de procéder à des ventilations différentes des données issues de TANDEM d'autant plus que la loi de financement pour 2000 distingue, au sein de l'objectif des soins de ville, l'objectif des dépenses déléguées à la CNAMTS. Le suivi des différents objectifs nécessite de distinguer, d’une part la nature de l’exercice du professionnel de santé (exercice libéral ou salarié), et d’autre part la nature de l’activité (activité d’exécutant ou activité de prescripteur).

La CNAMTS publie à cet effet, depuis fin 1999, des nouvelles ventilations des soins de villes. Dans cette ventilation, les risques (assurance maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles) sont agrégés. Deux types de présentations sont ainsi disponibles :

Les dépenses de villes ventilées selon le prescripteur. L’activité des différentes catégories de prescripteurs est répartie par nature de prestation, en distinguant les **actes de prescripteurs** (les actes constitutifs des honoraires médicaux et dentaires, consultations, visites,…) et les **actes prescrits** (l’ensemble des prescriptions, actes d’auxiliaires médicaux, actes de biologie médicale, médicaments, produits du TIPS, frais de transports, y compris les indemnités journalières maladie). Cette présentation permet de suivre les montants correspondant au champ de trois objectifs, ceux de la médecine générale, de la médecine spécialisée et des dépenses dentaires.

Les mêmes dépenses de ville, mais cette fois-ci ventilées par exécutant. Cette deuxième présentation répartit les mêmes dépenses de soins selon les catégories de professionnels ayant exécuté les prestations qui ont fait l’objet d’un remboursement. L’activité d’exécution est décomposée par nature de prestation en distinguant les actes de prescripteurs et les actes prescrits.

Cette présentation permet de retracer, d’un côté l’activité d’exécution des prescripteurs et l'activité prescrite de certains prescripteurs (sages-femmes, centres de santé) et de l'autre côté l’activité d’exécution de chacune des professions prescrites ce qui permet de vérifier le respect de l'objectif par profession prescrite.

Dans ces présentations, les montants correspondants au champ de l’objectif des dépenses déléguées et aux champs des objectifs des différentes professions prescrites sont directement identifiables. La CNAMTS publie ces nouvelles statistiques en montants cumulés à la fin du mois de l’année n et du mois correspondant de l’année n-1, pour les dépenses présentées au remboursement et pour les dépenses remboursables, puis calcule pour ces deux séries les évolutions par rapport à la période comparable de l'année précédente.

Ces statistiques répondent donc bien à un progrès dans la fourniture d'information pour les partenaires sociaux et pour le public, mais elles restent toujours dépendantes de la qualité de l'information en amont. Par ailleurs,

en étant en encaissement-décaissement, les résultats publiés sont fortement dépendants des variations dans le rythme de liquidation qui peuvent être importantes, comme le montrent les retards dans la liquidation intervenus à partir de décembre 1999

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Pour son quatrième exercice, des progrès ont été faits tant dans la définition du champ de l'ONDAM que dans certaines méthodes de préparation et dans la mise à disposition d'instruments de suivi. Ainsi, ont été intégrées dans le champ de l'ONDAM des dépenses gérées par l'assurance maladie qui portaient sur des actions qui relevaient par nature de l'ONDAM, mais qui n'y étaient pas intégrées jusqu'ici.

Mais des transferts de dépenses de l'Etat vers l'ONDAM ont été effectués, modifiant l'équilibre à terme entre les dépenses et les recettes, seule une partie de ces dernières étant liée à des versements de l'Etat aux organismes d'assurance maladie. Ainsi, si le contour de l'ONDAM est plus stable, son équilibre n'est pas encore pérenne. De plus, les transferts de dépenses entre enveloppes et l'absence de procédure de rétropolation ne permettent pas de disposer d'un suivi des objectifs et de leur réalisation sur plusieurs années, ce qui réduit la capacité à dépasser une logique de préparation annuelle pour mesurer les évolutions passées aussi bien que pour établir des prévisions sur le plus long terme en relation avec des objectifs de santé publique.

La préparation des enveloppes souffre encore de difficultés institutionnelles liées au manque d'expérience en ce domaine mais aussi à l'absence de disponibilité d'instruments de gestion qui devraient permettre une prévision de meilleure qualité. La préparation de l'enveloppe médico-sociale en est un exemple. Les dépenses de ce secteur sont opposables depuis la loi de financement pour 1999. Or, en l'absence d'un mécanisme de caisse pivot identique à celui employé pour le secteur hospitalier, l'opposabilité ne peut encore être appliquée, ce qui conduit à imputer les dépassements constatés sur les mesures nouvelles.

La préparation de la CMU illustre, quant à elle, le manque d'instruments dont disposent les pouvoirs publics en matière d'analyse des comportements tant des offreurs de soins que des ménages vis-à-vis de la mise en place d'une réforme importante.

Enfin, des progrès ont été réalisés dans la qualité de l'imputation des dépenses par la CNAMTS, et dans la présentation des statistiques qui permettent de disposer d'une information rapide pour le suivi des objectifs des soins de ville. L'amélioration de la qualité de la liquidation en amont demeure nécessaire pour disposer de données d'une plus grande fiabilité. Cette amélioration de la qualité des données de base doit conduire également à prendre en compte les variations spécifiques des délais de la liquidation afin de réaliser des redressements plus pertinents, et aboutir ainsi à des statistiques selon la date de soins.

Au-delà du régime général, des statistiques globales de dépenses d'assurance maladie -tous régimes ou, au moins, des trois principaux : CNAMTS, MSA, CANAM- devraient être développées, améliorées et diffusées régulièrement.

Réponse

---

[68] L'enveloppe des soins de ville comprend les dépenses déléguées, les médicaments et les produits du TIPS.

[69] Cette somme représente la moitié de 640 F (différence entre la consommation de soins des personnes avec couverture complémentaire et celle de ceux qui n'en ont pas), le taux de prise en charge moyen par la couverture de base étant de 50 %.

Sommaire

Les dépenses de la sécurité sociale en 1999

Annexe : Les études sur la sécurité sociale

Dans ses rapports annuels au Parlement sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour a consacré à plusieurs reprises des développements aux méthodes de préparation et de suivi de cette loi. Le rapport de septembre 1998, en particulier, après avoir marqué les insuffisances des instruments d'observation et d'analyse, des recettes et des dépenses de la loi de financement, appuyait, sur un plan plus général, le projet de création d'une direction des études, de l'évaluation et des statistiques.

La Cour note avec satisfaction la mise en place effective de la DREES. qui doit être maintenant replacée dans la réorganisation, en cours d'adoption, de l'ensemble de l'administration centrale de la santé, de l'action sociale et de la sécurité sociale. Même si toutes les modalités de cette réorganisation ne sont pas encore connues, la Cour a jugé utile d'examiner ses implications sur l'organisation et le financement des activités de statistiques et d'études dans le ministère tel qu'il est organisé actuellement, et dans les caisses de sécurité sociale et les autres organismes concourant à ces activités.

Cet examen, centré sur les institutions et leurs rôles respectifs, est inscrit dans une préoccupation plus générale. celle de la préparation de la décision en matière de sécurité sociale. A cet effet, et sans viser à couvrir l'ensemble du champ, l'analyse porte, après une présentation générale, sur quatre domaines particulièrement stratégiques : l'état de santé et ses facteurs explicatifs, les prestations familiales en liaison avec les minima sociaux et la politique de lutte contre la pauvreté, les prévisions en matière de retraite et l'insuffisance de l'état de la connaissance en matière de dépendance des personnes âgées.

I – Les instruments et l'organisation

Avant de décrire et d'analyser le fonctionnement du système d'information utilisé pour la décision, on rappelle les différents instruments et méthodes susceptibles d'être utilisés pour cette préparation.

A – Les instruments et les méthodes

Classiquement, trois niveaux sont distingués : l'information et les études de base, les analyses explicatives et prévisionnelles, les instruments de préparation de la décision.

1. L'information et les études de base

L'information de base est d'abord constituée des sources administratives : répertoires ou fichiers de personnes, de personnels, d'actes ; enregistrements de la liquidation des prestations ou de la perception des recettes ; enfin, systèmes budgétaires et comptables.

L'utilisation de ces sources administratives peut s'effectuer soit directement, soit en liaison avec des enquêtes à caractère statistique pour lesquelles elles peuvent fournir des bases de sondage et, par appariement, des moyens d'une confrontation globale et anonyme des déclarations des enquêtés avec leur situation objective au regard des prestations.

Les enquêtes à caractère statistique complètent les fichiers et répertoires. Ce sont des enquêtes sur échantillon, représentatives de l'ensemble de la population ou d'une population cible particulière. Elles peuvent porter sur des situations objectives ou sur des opinions, attitudes et comportements.

Dans le domaine de la protection sociale, les sources administratives et les enquêtes souffrent de limitations spécifiques : les premières ne retiennent pour l'essentiel que ce qui est utile à la liquidation des droits, les secondes ont du mal à cerner les situations extrêmes, domaine privilégié des interventions publiques.

2. Les analyses explicatives et prévisionnelles

Analyses économiques et analyses sociologiques permettent d'expliquer et de prévoir le comportement *ex ante* des acteurs face aux mesures envisagées ou mises en œuvre (effets incitatifs, effets d'aubaine ou de substitution) ou les effets *ex post* des dispositifs étudiés sur les comportements (par exemple, en matière de

politique familiale, sur l'offre de travail ou la fécondité).

3. Les instruments de préparation de la décision

Ils sont principalement au nombre de trois :

- l'étude de cas-types, c'est-à-dire le chiffrement de l'effet des dispositifs existants ou projetés sur les différentes catégories de ressources et de charges de différentes configurations de ménages ou de familles.

- des modèles de micro-simulation statiques, permettant de simuler toutes modifications du système de prestations (ainsi que du dispositif de l'impôt sur le revenu) sur un échantillon représentatif, soit de l'ensemble de la population, soit des seuls bénéficiaires de la prestation étudiée, et d'évaluer les effets globaux et redistributifs des variantes étudiées.

- des modèles de micro-simulation dynamiques (cf. *infra* le modèle DESTINIE), particulièrement adéquats pour apprécier l'effet de mesures dont l'impact ne se fait sentir que progressivement et n'est complet qu'à moyen, long ou très long terme (cas des retraites).

B - L'organisation

On étudiera successivement la DREES, les orientations de la DREES, puis les autres producteurs de statistiques et d'études, et les directions opérationnelles du ministère de l'emploi et de la solidarité[70].

1. La DREES

Le décret portant création de directions, services et délégations à l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité confirme et précise les missions de la DREES.

Les missions de la DREES

Dans les domaines de la santé, de l'action sociale et de la protection sociale, en liaison avec les autres services du ministère et les organismes placés sous sa tutelle, la DREES

- est chargée de la conception de l'appareil statistique et assure la collecte, l'exploitation et la diffusion des statistiques ;

- est associée à la conception des systèmes d'information -dont la Direction de l'administration générale, du personnel et du budget est responsable- et veille à en assurer la cohérence ;

- effectue des travaux de synthèse, notamment les comptes de la santé et les comptes de la protection sociale ;

- assure la réalisation et la diffusion d'études et de projections ; elle coordonne les études menées par les services du ministère ou par les organismes placés sous sa tutelle ;

- élabore et conduit elle-même des programmes de recherche sur la santé et la protection sociale et, au-delà, contribue à orienter la politique de la recherche sur ces secteurs et est l'interlocuteur du ministère chargé de la recherche pour les crédits relevant du budget civil de la recherche et du développement ;

- contribue à promouvoir les travaux d'évaluation, notamment en ce qui concerne leurs méthodes ;

- est chargée de la diffusion et de la publication des travaux dont elle a assuré la réalisation ou la coordination.

Structurée en trois sous-directions et une mission de recherche, elle dispose, selon des modalités diverses, de 104 cadres A en équivalent temps plein, 18 agents de catégorie B et 27 C, soit environ 150 personnes[71]. Ses crédits d'études propres se montent à 16,5 MF.

Pour permettre à la DREES d'assurer sa mission de coordination au sein du champ « solidarité » du ministère, la responsabilité d'un comité des programmes de statistiques, d'études, de recherche et d'évaluation, composé des directeurs du ministère, lui a été confiée. Plus particulièrement, en matière d'études, la DREES propose au cabinet du ministre, sur la base d'enveloppes individualisées par direction, la liste des thèmes à lancer définie au sein de ce comité. En matière de recherche, la MIRE (mission recherche), auparavant autonome, lui a été rattachée. Par ailleurs, la direction, conjointement avec la direction de la population et des migrations, exerce la tutelle de l'INED, dont elle est plus particulièrement chargée du volet scientifique. Elle participe à la tutelle des établissements consacrés à la recherche, dont l'INSERM, en liaison avec la direction générale de la santé qui assure cette tutelle au nom du ministre. Dans le cadre de l'exercice général de la tutelle ministérielle, des coopérations scientifiques sont en cours de définition avec les observatoires régionaux de la santé (ORS) et l'institut de veille sanitaire (InVS).

Les relations avec les caisses nationales de sécurité sociale doivent faire l'objet de conventions (cf. *infra*). Deux sont signées, avec la CNAMTS et la CNAV. Celle avec la CNAF est encore en cours de discussion.

Les grandes orientations de la DREES portent sur :

- des objectifs : investir fortement, en matière de couverture statistique, d'analyse et de recherche, sur des domaines jugés "stratégiques", y compris en organisant des coopérations avec des partenaires ; évaluer les principales politiques publiques ; développer la dimension géographique des analyses ;

- des actions à entreprendre : rénover les grandes enquêtes, développer en coopération les études mobilisant des données et des indicateurs multiples, rechercher des synergies entre programmes de recherche et opérations statistiques ; développer les comparaisons internationales ;

- des "règles du jeu" plus propices à la coopération et plus efficaces entre les différents producteurs d'information : transparence et lisibilité des méthodologies et des résultats ; confrontation des concepts et des méthodes, établissement d'un "patrimoine statistique commun" par la mise en commun ou l'ouverture de fichiers et d'enquêtes et la promotion d'instruments fédérateurs.

2. L'apport des principaux partenaires et leurs relations avec la DREES

Le **CNIS** (conseil national de l'information statistique), instance consultative constituée auprès du ministre de l'économie et des finances par la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 et le décret n° 84-628 du 17 juillet 1984, a une vocation générale de coordination en matière de production de l'information statistique. Composé de représentants des ministres, des organismes publics producteurs de statistiques et des partenaires sociaux, il formule des avis sur les programmes statistiques pluriannuels et annuels et sur leur exécution. Il est divisé en formations spécialisées présidées par une personnalité indépendante, qui rapportent à son assemblée plénière. En matière de protection sociale, la formation compétente est dénommée "santé et protection sociale"[72]. Elle a créé en son sein des groupes de travail chargés de l'approfondissement du constat et de propositions dans des domaines spécifiques. Tel est le cas des groupes de travail consacrés à la pauvreté, la précarité et l'exclusion, et au handicap et à la dépendance, qui ont donné jour à des rapports d'orientations statistiques, et de celui consacré depuis peu à l'état de santé. Le directeur-adjoint de la DREES joue le rôle de rapporteur général de la formation santé et protection sociale. Le rôle du CNIS est appréciable en tant que lieu d'échanges d'informations, de réflexions communes et d'instance de coordination des programmes. Ses rapports spécialisés servent de cadre de référence aux progrès à accomplir dans les domaines concernés. Mais la coordination ainsi exercée garde un caractèreconsultatif, sans force exécutoire.

S'agissant des opérations statistiques proprement dites, **l'INSEE** intervient dans le domaine de la protection sociale selon cinq modalités : responsabilité d'enquêtes représentatives à vocation structurante (l'enquête décennale santé en cours de préparation, l'enquête HID en cours d'exécution et une enquête spécifique sur les sans-abri), adjonction à ses enquêtes à vocation générale auprès des ménages de questionnaires ponctuels concernant tel aspect de la politique sociale, constitution de bases de données représentatives multicritères ou multi-activités par fusion de fichiers d'enquêtes préalables, études économétriques de comportement. S'il

exerce effectivement une compétence d'orientation générale et de mise en œuvre dans le domaine économique et financier, cette compétence est de fait partagée, dans le domaine social, avec les directions statistiques des ministères concernés : la DARES et la DREES s'agissant du ministère de l'emploi et de la solidarité. Enfin l'INSEE joue le rôle d'un centre de ressources, moyennant rémunération de tout ou partie des frais variables pour la mise à disposition de son réseau d'enquêteurs, ainsi que, le cas échéant, pour la préparation puis le codage et l'exploitation informatique d'une enquête.

Les autres directions du ministère

Quatre directions fonctionnelles du ministère de l'emploi et de la solidarité occupent une certaine place dans le dispositif d'études sur la protection sociale.

La **direction de la sécurité sociale**, qui, pour assurer les missions de préparation des réunions de la commission des comptes de la sécurité sociale et du projet de loi de financement de la sécurité sociale, dispose, au moyen d'une sous-direction des études et des prévisions, d'un dispositif d'études propre lié à la préparation des mesures de la loi. Malgré le caractère "horizontal" de ses compétences, la DSS ne considère pas qu'elle ait à jouer un rôle d'impulsion dans la définition des orientations de l'information statistique, cette compétence revenant à la DREES.

La mission de définition et de suivi de la politique de santé publique implique, pour les responsables de la **direction générale de la santé** (DGS), que la direction rassemble et synthétise les informations disponibles en matière d'état de santé, d'offre de soins et de préventions, et en tire une hiérarchisation des objectifs et des moyens des actions à mener. Ce rôle doit la mettre à même d'apprécier les lacunes du système d'information et les orientations souhaitables. La réorganisation de la DGS comporte la création d'une sous-directiondes politiques de santé et des stratégies, qui a vocation à servir d'interface avec la DREES. La DGS a de fait externalisé sa tâche vers le haut comité de la santé publique et des agences (cf. chapitres V et VI, *infra*, p. 00).

La **direction** de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DH) est responsable de plusieurs systèmes d'information, soit en gestion directe (système PAGE de suivi des dotations hospitalières, PMSI, programme médicalisé des systèmes d'information), soit en participant avec la DREES à leur définition (notamment enquête de conjoncture SAE, statistique annuelle des établissements, FINESS, répertoire national des équipements sanitaires et sociaux, ADELI, répertoire des professions réglementées), la DREES étant le maître d'œuvre. Dans la nouvelle organisation de la DH, chaque sous-direction est responsable des systèmes d'information relevant de son domaine, et une coordination en la matière est assurée par la sous-direction des affaires générales.

Au sein d'une compétence ministérielle s'étendant aux politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de solidarité en faveur des personnes en situation d'exclusion, des personnes handicapées et des personnes âgées, ainsi qu'à la protection de la famille et de l'enfance, la **direction générale de l'action sociale** est compétente, pour les prestations allocations pour adultes handicapés (AAH), allocations de parent isolé (API), le RMI et plus généralement pour les minima sociaux. Elle n'intervient que comme utilisateur de l'information. Dans la nouvelle organisation, chaque sous-direction fonctionnelle prend l'initiative, en liaison avec la DREES, d'études sur les populations concernées et d'évaluations des actions menées. Etudes et statistiques de la direction sont coordonnées par une mission spéciale. Il est à noter que la fonction d'impulsion statistique et d'étude générale est partiellement remplie, en ce qui concerne son domaine de compétence, par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion. L'Observatoire, créé par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (loi n° 98-657 du 29 juillet 1998), et installé en juillet 1999, et dont le secrétariat général est assuré par la DREES, a pour mission le rassemblement, l'analyse et la diffusion des informations et données relatives aux situations de pauvreté, de précarité et d'exclusion sociale ainsi qu'aux politiques menées dans ce domaine, de faire réaliser des travaux d'études, de recherche et d'évaluation quantitatives et qualitatives, et de contribuer au développement de la connaissance et des systèmes d'information dans les domaines mal couverts (son budget d'études est de 5 MF par an pendant trois ans). L'Observatoire n'exerce pas à proprement parler un rôle d'orientation générale, mais, prenant connaissance des programmes statistiques et de prévisions, il intervient pour les infléchir et les compléter, si besoin par des moyens de financements complémentaires.

Les caisses de sécurité sociale

A la **CNAMTS,** trois instances, dont une externe, le CREDES, sont concernées :

- La direction des statistiques et des études (DES) a, de fait, des activités essentiellement statistiques ; elle emploie 40 personnes, dont 33 statisticiens, -le réseau des statisticiens locaux comprenant dans les CPAM plus de 250 personnes ; elle dispose de crédits d'études limités (500 000 à 600 000 F).

- L'échelon national du service médical effectue des travaux statistiques qui portent sur l'exploitation, en termes de morbidité, des déclarations, en vue de prise en charge, des affections de longue durée (ALD), de l'invalidité et des accidents du travail et maladies professionnelles. Il effectue également des enquêtes par sondage, *via* les médecins conseils et les médecins traitants, sur diverses pathologies.

- Pour la réalisation d'études et de quelques enquêtes statistiques ponctuelles, la CNAMTS recourt enfin au CREDES (centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé), dont elle est le principal financeur[73]. Le CREDES effectue des enquêtes, dont en particulier une enquête périodique sur la santé et la protection sociale. Outre l'exploitation de ces enquêtes, ses travaux d'études s'appuient également sur des analyses secondaires d'enquêtes ou de bases de données produites par d'autres organismes ; le CREDES recourt aussi à des universitaires. Divers projets sont menés en collaboration avec la DREES ou à sa demande.

- Les relations entre la CNAMTS et la DREES ont fait l'objet d'une convention, signée le 17 décembre 1999, qui vise à établir, pour la période 1999-2000, un programme de travail commun.

Deux entités sont compétentes à la **CNAV** en matière de statistiques et d'études : la direction de l'actuariat statistique, dont l'activité d'études est limitée, mais qui a en revanche une quadruple activité de recueil et de publication de données, de prévisions à court terme pour la commission des comptes de la sécurité sociale, de projection à long terme et d'évaluation de mesures nouvelles, et la direction de la recherche sur le vieillissement, à vocation sociologique, qui recourt pour une part de son activité à des contractants universitaires. Les relations de la CNAV et de la DREES sont étroites sur le plan statistique pour le régime général, et se développent en matière sociologique. Un programme d'opérations communes en 1999 et 2000 a fait l'objet, le 4 juin 1999, d'une convention.

Les activités de la **CNAF** en matière de statistiques et d'études offrent, sous réserve de limitations inhérentes à celles même de la compétence de la CNAF, un tableau dans l'ensemble satisfaisant.

Le programme de recherches de la CNAF est le plus approfondi des trois caisses nationales. Il est organisé autour de trois axes : l'évolution du contexte familial, l'impact et l'évaluation des politiques et prestations familiales, enfin l'étude des métiers, de l'activité et de l'efficacité des CAF. A ceci s'ajoutent des études thématiques, portant en particulier sur la conciliation entre vie familiale et activité professionnelle, la petite enfance et plus récemment le droit de la protection sociale de la famille. A cet effet sont mobilisés, sous forme contractuelle, des universitaires et chercheurs extérieurs.

En 1998, la CNAF a voulu de se doter d'un modèle de micro-simulation dynamique, élaboré en collaboration avec l'INED, et visant à prendre en compte les évolutions démographiques, les comportements d'activité et des revenus. Après l'échec de ce premier projet, la CNAF se propose de le relancer par contrat avec un universitaire. On peut s'interroger sur cette reprise, vue la capacité de travail limitée que la direction peut lui consacrer, et, malgré des différences méthodologiques, le risque de double emploi avec le modèle INES de l'INSEE, qui fait déjà l'objet d'une collaboration avec la DREES et pour l'amélioration duquel un travail en commun apparaîtrait souhaitable et mériter la priorité.

Si, en ce qui concerne la recherche, une collaboration a été établie de longue date ente la CNAF et la MIRE, maintenant intégrée à la DREES, en matière de statistiques et d'études les relations entre la CNAF et le SESI, maintenant la DREES, sont restées plus limitées ; leur développement souffre un certain retard. Un projet de convention, analogue à celles liant DREES, CNAV et CNAMTS, n'a pas encore été signé. La transmission de données de gestion de la CNAF à la DREES, notamment pour la modélisation et le suivi des minima sociaux, ou l'accès aux fichiers de données statistiques et aux fichiers d'allocataires, n'ont pas encore été formalisés, les modes de coopération souhaités par la CNAF ayant un caractère trop restrictif.

c - Appréciations d'ensemble

Le dispositif qui vient d'être décrit appelle quelques appréciations d'ensemble. Les missions de la DREES, ambitieuses mais nécessaires, font une large place à l'animation d'un réseau de partenaires, conception adaptée à la répartition des taches en matière de sécurité sociale et d'action sociale.

Bien que cette direction soit encore dans sa phase sinon d'installation, du moins de premiers développements, le remplacement du SESI par une direction à la compétence et aux moyens élargis s'est déjà traduit par une meilleure organisation d'ensemble et un fonctionnement mieux adapté aux besoins de la politique de la protection sociale.

Dans l'ensemble, le rôle de la DREES, dans la constitution de l'information et la préparation d'informations nouvelles, s'est bien affirmé. Cinq aspects de la nouvelle organisation peuvent néanmoins être améliorées :

- Jusqu'à la réforme récente intervenue par le décret du 21 juillet 2000, les directions du ministère de l'emploi et de la solidarité ne se sont pas dans l'ensemble dotées ni de la capacité d'études minimale pour la préparation immédiate des décisions ministérielles, ni des moyens d'avoir une vue d'ensemble des besoins d'information dans leur domaine, ni d'une organisation interne suffisamment structurée pour leur propre recours à la recherche et aux études. Des incertitudes, héritées du passé, subsistent par ailleurs dans la répartition des tâches de maîtrise d'ouvrage et d'œuvre pour l'exploitation statistique et les améliorations possibles des données administratives correspondant à l'activité de gestion des directions.

- Les relations de la DREES avec les caisses de sécurité sociale sont en voie d'amélioration et de formalisation, par la signature de conventions, celle avec la CNAF connaissant quelque retard. Les COG des caisses devraient systématiquement reprendre des dispositions encadrant ou faisant référence à ces coopérations contractuelles.

- La clarification du partage des tâches entre la DREES et l'INSEE se fait progressivement et de façon pragmatique pour tenir compte de l'héritage du passé . Le rôle de l'INSEE en tant que prestataire de services est dans l'ensemble bien précisé et conforme à une répartition logique et économe des tâches. En revanche, en ce qui concerne sinon les grandes enquêtes représentatives nationales à vocation générale, du moins les enquêtes représentatives particulières correspondant aux grandes fonctions du ministère (santé, HID), la répartition des tâches pourrait être revue après l'achèvement des opérations en cours ou en préparation.

- L'organisation et l'activité de certaines caisses en la matière laisse encore à désirer : concentration sur l'amélioration évidemment prioritaire de l'information statistique de base à la CNAMTS, séparation entre la branche administrative et le service médical, insuffisance des moyens d'études à la CNAV et séparation entre les études à caractère économique et sociologiques.

- L'ensemble des acteurs dispose de moyens humains insuffisants. Il convient à cet égard de tenir compte de la concurrence du marché. Celle-ci s'exerce moins pour l'embauche de jeunes chargés de missions, pour laquelle la contrainte est essentiellement budgétaire, que pour les agents plus expérimentés, nécessaires pour les fonctions d'encadrement, et pour lesquels, en ce qui concerne les contractuels, des solutions plus adéquates que les règles du jeu actuelles en matière de rémunération et de carrières devraient être recherchées.

Les circuits en matière de préparation de la décision restent encore mal définis. Si les principes en la matière semblent clairs : la DREES pour les études d'amont, les directions pour la préparation immédiate des estimations budgétaires et des mesures nouvelles, la réalité est plus foisonnante et témoigne parfois d'une concurrence source d'inefficacité (notamment entre la DSS et la DREES, par exemple dans l'utilisation de cas-types), parfois de courts-circuits voire de rétention d'information (CNAF), ou encore du risque de mise en place d'instruments redondants (modèle de micro-simulation à la CNAF).

En matière de recherche et d'études confiées à l'extérieur, si la situation à l'intérieur du ministère est dans l'ensemble satisfaisante, en raison du rôle de coordination dévolu à la DREES, il n'en va pas de même, en dépit de certains progrès, en ce qui concerne l'animation de la recherche par les caisses et son articulation avec le rôle de la DREES (sauf dans la branche famille).

Trois observations de caractère plus général peuvent, pour finir, être émises :

- L'articulation des administrations sociales avec les milieux de la recherche[74] pose des problèmes de fond dont la solution est encore mal assurée : motivations spécifiques -universitaires et académiques- des organismes de recherche et des chercheurs ; temps de la recherche mal adapté à la préparation immédiate de la décision. Dans l'ensemble, malgré certains progrès, il faut souligner le caractère encore insuffisant des programmes de recherche dans ce domaine.

- En matière d'études, il faut de plus souligner le caractère très insuffisant de l'information réciproque des différentes instances évoquées, voire de leur information sur les différents producteurs de recherche et d'études dans leur domaine de compétence. Il est souhaitable à cet effet d'étudier et de mettre en œuvre des moyens d'échange d'information, et de diffusion, à tous publics intéressés, qui pourraient s'inspirer de pratiques utilisant Internet. Plus généralement, s'il apparaît difficilement envisageable, et sans doute peu souhaitable, en raison de la diversité des préoccupations et positions des administrations commanditaires, de mettre en place une coordination générale, interministérielle ou entre organismes,[75], des coordinations plus ciblées sont souhaitables et possibles, comme le montre l'exemple de l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion et les projets de collaboration entre la DREES et les caisses de sécurité sociale.

- Enfin, la définition politique des orientations stratégiques, en amont de la définition et de la mise en œuvre des programmes, de l'information statistique, des études et de la recherche n'est pas réellement assurée. Le CNIS joue, en matière de production statistique seulement, par l'élaboration de programmes annuels et à moyen terme, un rôle indispensable d'échange d'informations et de coordination , mais il n'a pas cette vocation. Non plus que les administrations statistiques, un partage sur le seul plan technique s'étant opéré entre l'INSEE, pour la statistique économique et financière, la DARES, pour l'emploi et le travail, et la DREES pour la protection sociale, alors que l'interpénétration entre ces deux domaines va croissant. Même en ce qui concerne les inflexions à donner aux programmes existants, cette fonction d'orientation stratégique, qui ne relève pas actuellement des organes de conseil du gouvernement (CGP, CAE), n'est exercée que dans des domaines très spécifiques : dans une optique de moyen terme par l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion et le haut comité de la santé publique, l'un et l'autre à caractère consultatif, et pour la préparation de décisions par la délégation à la famille. Une réflexion sur le développement des structures et procédures d'orientation[76] et de coopération doit être approfondie.

II – L'état de santé

La connaissance de l'état de santé des Français de ses facteurs explicatifs, et de ceux des dépenses de l'assurance maladie devrait constituer un élément central de la politique de l'assurance maladie et de la santé publique. Bien que multiforme et multisources, la situation actuelle reste lacunaire, sans que les responsabilités de son orientation et de sa synthèse soient clairement définies. Des améliorations sont en cours ou projetées, mais elles restent insuffisantes.

A - Connaissance de l'état de santé et politiques publiques

La politique de la santé publique vise à déterminer les grandes priorités de l'action des pouvoirs publics en ce qui concerne l'état de santé, en termes de résultats à atteindre comme de moyens à mettre en œuvre, le dispositif des soins ne constituant qu'un élément de ces moyens. La prise en charge par la collectivité de tout ou partie des dépenses afférentes à ce dispositif, ainsi que la recherche de leur plus grande efficacité, de leur qualité et de l'égalité des citoyens face à l'accès aux soins, est un élément central de la politique de santé publique.

La détermination des objectifs et des moyens de l'assurance maladie devrait, quant à elle, reposer sur la conjugaison d'une approche globale et d'une approche par pathologies. Au prix d'une schématisation excessive, ceci amène à distinguer différentes étapes de la démarche, en fait étroitement inter reliées :

- D'abord, la demande de soins, dans ses relations avec l'offre. Globalement, les dépenses de santé sont analogues aux autres dépenses de service aux personnes et connaissent, comme celles-ci, des élasticités revenu supérieures à 1. Les travaux économétriques ou qualitatifs, outre la croissance des revenus, font intervenir la structure démographique de la population, et en particulier le vieillissement, et, du côté de l'offre, le progrès technique, dont il est nécessaire de séparer les composantes qui renforcent l'efficacité du système de soins de celles qui, par des méthodes plus coûteuses ou permettant de soigner ce qui ne l'était pas, conduisent à des dépenses supplémentaires. La quantification de l'effet de ces facteurs ne permet d'expliquer qu'une partie de la

croissance des dépenses. Au niveau détaillé des pathologies, une démarche analogue serait souhaitable, compliquée par les problèmes spécifiques de l'accès aux soins. Enfin, il y a lieu de prendre en compte, dans l'ajustement de la demande à l'offre, les effets des politiques de régulation : financement et modes de rémunération des acteurs[77].

- Ensuite, le partage des dépenses, qui ont pour contrepartie les revenus des professionnels de santé, entre les acteurs : ménages, sécurité sociale, Etat, et producteurs eux-mêmes, soit au niveau de la formation de leur revenu (prix et quantité de soins), soit par des reversements. Là encore, l'articulation d'une approche globale qui doit être replacée dans les équilibres macro-économiques induits (modalités de financement et leurs conséquences sur les finances publiques, la croissance et l'emploi) et d'une approche détaillée liant pathologie et actes médicaux est souhaitable.

- Enfin, les résultats obtenus, en termes de mortalité, de morbidité, de handicap et de dépendance.

La politique de la santé publique s'appuie sur les analyses ci-dessus, mais dépasse le seul rôle du système de soins, auquel doivent s'articuler, en tout état de cause, les différentes modalités de la prévention. L'analyse des déterminants de l'état de santé, selon le haut comité de la santé publique (rapports sur la santé en France 1994 et 1998) peut être effectuée, en mettant à part les facteurs proprement biologiques, selon les distinctions suivantes :

- déterminants liés aux comportements individuels et à l'environnement social : consommation d'alcool et de tabac, toxicomanie, comportements sexuels à risque, accidents de la circulation et de la vie courante ;

- déterminants liés à l'environnement physique et au travail. Sous le terme environnement physique sont essentiellement visés les phénomènes de pollution et les produits de consommation. L'environnement professionnel comprend les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La prise en compte de tous ces facteurs relève d'informations et d'analyses domaine par domaine, qui conditionnent la mise en œuvre efficace d'actions spécifiques.

B - Le dispositif d'observation actuel

Seul le dispositif national sera décrit ici. De la description des sources et des résultats obtenus et de celle des acteurs se dégagent les appréciations suivantes :

- L'information est exhaustive en ce qui concerne les dépenses remboursées par l'assurance maladie, mais elle ne contribue pas, en tant que telle, à la connaissance de l'état de santé, sauf dans le cas d'exploitations secondaires de domaines particuliers de remboursement.

- L'espérance de vie, qui peut être vue comme un résultat global de la politique de santé publique, est connue annuellement mais d'autres indices, plus précis : espérance de vie sans incapacité, mortalité évitable, ne font l'objet que d'estimations ponctuelles séparées par des délais importants. Le deuxième indicateur, la mortalité évitable, procède de considérations de politique de santé publique. Son établissement suppose en effet de sélectionner une liste de maladies causes de décès, elle-même fondée d'une part sur la connaissance objective de ces causes, mais d'autre part sur une appréciation subjective de leur caractère évitable.

- La perception par la population de son état de santé a fait l'objet, dans les rapports 1994 et 1998 du haut comité à la santé publique, de diverses enquêtes. Au-delà de l'appréciation directe du bien(mal)-être, qui montre que la notion de santé dépasse celle d'absence de maladie, ces enquêtes comportent des éclairages sur les appréciations des répondants sur les déterminants de l'état de santé : pollution, consommation d'alcool et de tabac, conditions sociales et de vie, ainsi que sur leurs conceptions de la prévention. Malgré leur caractère subjectif, ces réponses constituent des indications précieuses pour les orientations de la politique de santé publique.

- L'observation de la morbidité se fait à travers des enquêtes générales (enquête décennale sur la santé, enquête santé-protection sociale du CREDES), et des études sectorielles nombreuses portant, soit sur des groupes

spécifiques, soit sur diverses pathologies.

- La connaissance des causes de mortalité a un caractère exhaustif, en raison de leur enregistrement systématique. En revanche, la connaissance de la morbidité incidente reste lacunaire ; *a fortiori*, la connaissance des causes de la morbidité prévalente est limitée : le Haut comité de la santé, dans son rapport 1994-1998, souligne qu' "il n'existe pas en France de source permettant d'avoir une vue d'ensemble de la morbidité réelle".

- La connaissance des modalités et du recours aux soins et de leurs facteurs est lacunaire. Il faut ici distinguer l'hôpital et la ville. A **l'hôpital**, la source administrative que constitue le PMSI fournit un relevé des pathologies principales traitées au cours du séjour du patient. Depuis 1997, le PMSI couvre l'hospitalisation publique et privée. Il faut néanmoins noter qu'en l'absence de chaînage des actes, le PMSI a pour unité de compte le séjour et non le patient, qu'en l'état actuel des choses, les urgences et les soins délivrés en consultation externe en sont exclus, et que son extension à la psychiatrie reste problématique, enfin que, plus généralement, enquêtes et PMSI sont limités aux établissements de court séjour. En **ville**, il faut rappeler que les données de remboursement de la CNAMTS et des autres régimes, faute de codage des pathologies, ne sont pas, sauf cas particuliers, utilisables pour l'appréciation de la morbidité[78].

- La connaissance des principaux facteurs de risque est en progrès, en particulier en ce qui concerne les risques liés au milieu professionnel, mais comporte encore des lacunes importantes en ce qui concerne les relations entre l'environnement social et physique et la morbidité.

Deux difficultés générales doivent par ailleurs être soulignées, l'une pratique d'origine organisationnelle, l'autre méthodologique :

- la distinction, dans l'organisation du système de tutelle et de remboursements, de la médecine de ville et de l'hôpital a pour conséquence l'existence de deux systèmes de collecte d'informations séparés, une analyse complète de la morbidité nécessitant des opérations spécifiques encore exceptionnelles ;

- la description de la morbidité, incidente comme prévalente, est complexe car elle peut se faire selon plusieurs dimensions "diagnostiquées", "ressenties", ou même "infra-clinique" (c'est-à-dire dont on ne décèle pas d'existence).

C - Les voies d'amélioration

La présentation à laquelle il vient d'être procédé a fait ressortir un certain nombre d'insuffisances et de lacunes, certes en voie de comblement, mais où l'amélioration de l'information devrait porter en priorité. Elles visent principalement, dans l'ensemble des approches constitutives de l'état de santé, la morbidité, et, à l'intérieur de celle-ci, plus la morbidité prévalente que la morbidité incidente."

- Une approche fine, nécessaire pour la politique de santé publique, des inégalités en matière d'état de santé et de leurs causes médicales et non médicales, tout particulièrement en ce qui concerne les inégalités territoriales, n'est actuellement possible qu'en ce qui concerne la mortalité et les maladies à déclaration obligatoire ou facultative font l'objet de relevés en principe exhaustifs. Des améliorations ponctuelles peuvent être obtenues par l'enrichissement de certains relevés de données administratives.

- Le suivi longitudinal de l'état de santé laisse particulièrement à désirer alors qu'il pourrait apporter un éclairage important à l'efficacité du système de soins et, plus généralement, de la politique de santé publique. Ce besoin, valable généralement pour la morbidité prévalente, se fait particulièrement sentir en ce qui concerne les incapacités et la dépendance. L'articulation entre l'EPAS, fichier administratif longitudinal des assurés sociaux, et des enquêtes menées auprès des bénéficiaires, en est la méthode la plus immédiatement opérationnelle.

- La recherche des causalités reste très insuffisante, qu'il s'agisse des facteurs explicatifs de l'état et des dépenses de santé et de l'efficacité des actions possibles.

Les insuffisances et les lacunes qui viennent d'être rappelées doivent trouver des remèdes progressifs dans l'amélioration des instruments existants et la mise en place de nouveaux dispositifs, eux-mêmes conditionnés

par le développement de modes de travail inter-organismes assurant mieux les exigences de la diversité des appareils de leur articulation. Plus généralement, la coordination et l'impulsion d'ensemble du système d'information de la politique de santé publique restent à assurer de façon satisfaisante. Elles font l'objet d'un partage des tâches dont les principes s'affirment progressivement, mais dont la mise en œuvre n'est qu'à ses débuts.

Entre les administrations publiques, direction générale de la santé, DREES, Institut de veille sanitaire (InVS) et INSERM, les principes suivants peuvent être dégagés de leurs missions respectives :

- C'est la DGS qui doit hiérarchiser les informations disponibles en vue de la préparation de la politique de santé publique, ceci impliquant qu'elle participe progressivement à la définition du dispositif général d'observation de l'état de santé.

- La maîtrise d'œuvre est partagée entre la DREES, responsable de l'articulation d'ensemble des observations socio-économiques en la matière, et la DGS, responsable de la coordination et de l'orientation des informations épidémiologiques sectorielles.

- Dans son domaine, la DREES, soit a un rôle direct dans diverses opérations, soit coordonne par voie contractuelle des initiatives de l'INSEE, des caisses de sécurité sociale et des diverses administrations de gestion compétentes.

- Dans son domaine, la DGS doit mieux définir ses relations, en matière de maîtrise d'œuvre avec l'institut de la veille sanitaire, et en matière de maîtrise d'ouvrage, avec le haut comité de la santé publique.

- Le contenu et les moyens de la mission de l'InVS doivent être précisés. Au-delà de la surveillance et de l'alerte, la loi étend le champ des missions de l'InVS à l'ensemble de l'observation de la santé et à la détection de toute menace pour la santé publique, mais "les orientations adoptées par l'InVS dans le cadre de son plan de développement 2000/2002, ainsi que les objectifs opérationnels assignés aux cinq départements qui composent l'institut, ne mentionnent pas pour l'instant comme objectif prioritaire le développement de l'observation permanente de la morbidité générale"[79]. Les modalités d'échanges et de travail de l'InVS avec la DREES et les autres directions du ministère (DGS, DH, DRT) doivent être formalisées.

- Il faut que l'utilisation de l'information sur l'état de santé produite dans les travaux épidémiologiques de l'INSERM soit mieux organisée dans l'institut et articulée avec la DGS et la DREES.

- Il y a lieu enfin de rationaliser et d'améliorer l'exploitation des informations de gestion dans les attributions respectives de la DGS et de la DREES, et, à l'avenir, d'établir de nouvelles modalités de partage des tâches ou de coopération entre la DREES et l'INSEE en ce qui concerne les enquêtes et les instruments de simulation. Il va sans dire que ce partage ne saurait être exclusif d'interrelations diverses, c'est-à-dire d'un fonctionnement en réseau, et doit être progressivement précisé en fonction de l'expérience.

III – FAMILLE, MINIMA SOCIAUX

A - Les besoins de connaissance

Les besoins de connaissance en matière de politique familiale, de minima sociaux, et, plus généralement, de pauvreté, ont pu paraître à l'origine, comme relevant de domaines d'action publique séparés. Les progrès d'une appréhension globale des faibles revenus, et la mise en œuvre d'interventions publiques en faveur de publics particuliers, conduisent à rapprocher l'analyse, en ce qui concerne la statistique et les études préparatoires à la décision, de ces domaines.

L'extension progressive de la politique familiale, et la gestion par la CNAF de dispositifs n'en relevant pas, ont à la fois accru le champ couvert par l'information de gestion dont celle-ci dispose, et le besoin de connaissances pour les différents aspects actuels et potentiels de la politique familiale : connaissance des ménages de moins de deux enfants, diversité de la prise en compte des prestations familiales pour apprécier les ressources des bénéficiaires d'autres prestations (RMI, API, AAH, ASS, aides au logement), liaison entre

prestations familiales et fiscalité.

Le système français de minima sociaux compte huit minima prenant en compte des situations diverses. Ils relèvent de deux catégories :

- minima sociaux créés en vue de fournir un complément de ressources aux personnes exclues du système de sécurité sociale pour des risques identifiés, conduisant à une perte de revenus permanente (invalidité, handicap, vieillesse, allocation veuvage) ou temporaire (ASS, API, allocation d'insertion) ;

- RMI, créé dans une perspective de lutte globale contre la pauvreté et de réinsertion des personnes en difficulté.

Ils doivent être replacés dans le cadre global de la politique de lutte contre la pauvreté, elle-même appréciée en termes d'unité de consommation et de seuil de pauvreté. Les considérations de la précarité et de l'exclusion, encore mal définies, relèvent de préoccupations analogues, mais nécessitant des informations dans la durée (variabilité des ressources) ou plus fines (selon les types d'exclusion).

Au total, extension du domaine et de la gestion des prestations familiales d'une part, développement, via les minima sociaux, d'une approche globale de la pauvreté d'autre part, font ressortir, pour informer la politique sociale, deux exigences : celle d'une approche longitudinale, celle d'une approche multi-critères, non limitée aux revenus, mais s'étendant en particulier au niveau de formation, aux conditions d'emploi et aux éléments de niveau de vie.

Il existe un sujet d'étude commun à la politique familiale et à celle des minima sociaux : l'appréciation de leur influence sur les comportements d'activité. Une préoccupation spécifique de la politique familiale est son influence sur la natalité.

B - Le dispositif d'observation actuel

1. Progrès en matière de méthodologie

Des progrès importants, mais à poursuivre, ont été réalisés en matière de méthodologie. Ces progrès concernent aussi bien la politique familiale que la pauvreté.

Par exemple, la politique familiale comme celle des bas revenus doivent, pour apprécier le niveau de vie des familles, prendre en compte leur taille, le nombre et l'âge des enfants, ce en raison principalement des économies d'échelle liées à la gestion en commun des ressources du ménage, et au partage de biens à usage collectif. A cet effet, le statisticien recourt à une échelle d'équivalence, de façon à obtenir un revenu par équivalent-adulte. Les méthodes utilisées conduisent à préconiser une échelle où le premier adulte compte pour une unité de consommation, chaque adulte supplémentaire pour 0,5 et chaque enfant pour 0,3. Une telle échelle rend des services, même si elle peut être partiellement inadaptée à des situations familiales particulières.

Les revenus des familles les plus modestes, et plus généralement les bas revenus, doivent être appréciés au regard d'une définition et d'une mesure de la pauvreté. A cet effet, il est fait appel à la notion de seuil de pauvreté. Celui-ci relève d'abord, pour des raisons de comparabilité internationale, d'une définition conventionnelle : la moitié du niveau de vie médian[80], avec prise en compte du nombre d'unités de consommation du foyer. Au-delà de cette approche monétaire, la pauvreté "d'existence", caractérisée par l'absence de biens d'usage ordinaire ou de consommation de base, et même une pauvreté "subjective", reposant sur la propre perception qu'ont les ménages de l'aisance dans laquelle ils vivent ou de l'écart entre leur revenu et le minimum nécessaire, ont été mesurées.

Des progrès ont également été effectués vers une meilleure appréciation des configurations familiales et des populations marginales. Le premier point concerne les différentes approches de la famille dans les définitions utilisées dans les différents types d'enquête. De fait, deux concepts doivent être à la fois liés et séparés, le partage du logement et celui des revenus, auquel s'ajoutent les services rendus à l'intérieur des familles entre les différentes générations. Deux difficultés de fond demeurent, dont l'importance va croissant : la succession dans le temps des états familiaux et les modes non-familiaux de cohabitation, voire de coexistence, qui retirent

une partie de son "opérationnalité" à la définition juridique de la famille.

Au total, les progrès sont notables, même s'ils souffrent encore de nombreuses incertitudes, les unes conceptuelles, les autres pratiques.

2. L'exploitation des données administratives fournit des informations nécessaires, mais insuffisantes

Les fichiers de la CNAF sont utilisés pour le chiffrage de modifications aux prestations existantes ou de mesures nouvelles. Un autre fichier à vocation générale, celui que la DGI établit chaque année pour l'impôt sur le revenu et de la taxe d'habitation, transmis à l'INSEE, est précieux, même s'il souffre de l'absence de déclaration pour environ la moitié des ménages, c'est-à-dire de ceux qui sont exemptés de l'impôt sur le revenu. Dans les deux cas, l'exploitation de ces fichiers à fin de connaissance et d'étude nécessite leur fusion avec d'autres fichiers statistiques représentatifs de l'ensemble de la population.

Les fichiers de gestion de dispositifs particuliers apportent des informations pertinentes sur ces dispositifs. Mais on retrouve ici, amplifiées par la segmentation de la réglementation, les difficultés classiques :

- non couverture de l'ensemble de la population et même couverture partielle, en raison du phénomène de non-recours, des bénéficiaires potentiels ;

- difficulté de reconstituer les trajectoires des bénéficiaires, sinon à l'intérieur du dispositif, du moins à l'entrée et à la sortie, que ce soit de ou vers l'emploi, le chômage, l'inactivité ou d'autres minima sociaux.

Enfin, la connaissance de l'aide sociale aux familles reste lacunaire et non coordonnée.

Les enquêtes sur population générale sont complémentaires de l'exploitation des données administratives de gestion, mais connaissent encore des insuffisances au regard des besoins de la politique sociale. Leurs trois apports essentiels : représentativité, multidimensionnalité, approche longitudinale ne sont aujourd'hui qu'imparfaitement satisfaits.

L'appariement de ces enquêtes entre elles et avec des données d'origine administrative est une méthode efficace d'enrichissement réciproque pour une approche multidimensionnelle (on peut citer ici le modèle de microsimulation "INES" de l'INSEE), mais ne permet que de façon limitée des analyses longitudinales. Enfin, l'information donnée par une enquête ne permet pas une mise à jour régulière et rapide.

Le dispositif d'études et de recherche connaît un développement satisfaisant. Dans certains cas cependant, il est mal coordonné et les études et recherches sur les comportements des prestataires en réponse aux dispositifs de la protection sociale restent insuffisantes.

D'abord, elles sont trop peu nombreuses. Ensuite, elles ont souvent du mal à faire le partage entre ce qui relève de facteurs explicatifs généraux et les effets propres des dispositifs sociaux, en particulier en ce qui concerne le phénomène souvent évoqué, mais mal connu, de la "trappe à pauvreté", c'est-à-dire de la contre-incitation à la reprise du travail, des règles d'obtention des minima sociaux, en particulier les effets de seuil, combinées avec celles des prestations sociales et de la fiscalité.

Les travaux américains sont très nombreux sur les déterminants généraux de la fécondité et sur les effets de la politique familiale. Cela contraste avec la situation française, caractérisée par des recherches anciennes sur le premier point et un nombre très limité d'investigations sur le second. On ne peut qu'être surpris de la quasi-absence d'analyses objectives dans un domaine qui a été un élément central de la politique des prestations familiales.

Enfin, les recherches sur les causes économiques et socio-démographiques de la pauvreté restent encore peu développées.

C - Les voies d'amélioration

Les voies d'amélioration se situent dans quatre domaines :

- La coordination des intervenants : elle devrait s'accroître, car elle ne reflète pas encore l'imbrication croissante de la politique familiale et de la politique de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, évoquée plus haut. Cette coordination concerne aussi bien les unités du ministère entre elles, que leurs relations avec la CNAF. Si ces dernières sont en cours d'établissement, les liens entre définition des politiques et système d'information ne sont pas formalisés.

- Les enquêtes sur des populations spécifiques : enquêter auprès d'elles nécessite parfois une inflexion des modes de collecte statistique (exemple : enquête sur les sans-abri).

- Le domaine où des progrès apparaissent le plus nécessaire est celui de la **constitution d'une information longitudinale**. Tout d'abord en ce qui concerne les minima sociaux, afin de mieux connaître les entrées et les sorties -notamment en ce qui concerne la réinsertion sur le marché du travail- des différents minima et les passages éventuels de l'un à l'autre, ainsi que par l'indemnisation du chômage. Mais, plus généralement, pour les caractéristiques des populations pauvres, en particulier leurs cheminements dans le cycle de vie entre formation, inactivité, emploi, chômage, préretraite, bénéfice d'un minimum social, et l'appréciation de leur situation du point de vue de leur revenu, de leur endettement, de leur formation, de leur logement, de leur santé et d'éventuelles autres dimensions. L'outil en principe le plus adapté à cet effet est la construction de panels, qui commencent à voir le jour, notamment sous l'impulsion de la DREES.

L'action sociale. Ainsi que déjà indiqué, l'action sociale, dans ses différentes acceptions juridiques et ses différents acteurs (départements, communes, branches de la sécurité sociale,…) ne fait aujourd'hui l'objet que d'informations partielles et, en conséquence, d'aucune synthèse d'ensemble. Il faudrait créer les moyens de l'établir, pour mieux connaître les différents dispositifs, leurs bénéficiaires et leur articulation avec les prestations sociales.

IV - Retraite

Les progrès tout à fait significatifs accomplis depuis une dizaine d'années en France ne permettent pas encore aux pouvoirs publics de disposer des études suffisantes pour les éclairer sur l'avenir des régimes publics de retraite.

A - Les enjeux

Les informations statistiques et les études portant sur le risque vieillesse soulèvent des questions de trois ordres, en large partie interdépendants : celles qui concernent le diagnostic sur la situation actuelle des retraités, celles qui portent sur l'impact des réformes réalisées ou des propositions de réformes et, enfin, celles qui ont trait à l'anticipation du vieillissement des populations au regard de ses conséquences économiques et sociales.

Les divers travaux entrepris au cours de ces dernières années ont fait sensiblement progresser la qualité du diagnostic global sur la situation actuelle des retraités, à la fois en termes absolus et en termes relatifs. C'est le cas de la comparaison entre les situations des retraités du secteur privé et de ceux de la fonction ou du secteur publics. De même, l'étude des conditions de cessation d'activité et des trajectoires de fin de carrière a connu des progrès substantiels, même si demeurent un certain nombre d'interrogations (*cf. infra*). Il reste que, faute de sources statistiques ou d'outils adaptés, trois questions demeurent mal explorées : les facteurs à l'origine de la dispersion des retraites et du rôle d'un certain nombre de dispositifs "non contributifs" (périodes assimilées, avantages familiaux et divers) ; la saisie statistique précise et des modalités de constitution des ressources des retraités hors régimes publics ; les éclairages comparatifs sur la situation des retraités en Europe et sur les processus qui génèrent les différences.

La prospective sur l'avenir des régimes publics de pension a elle aussi connu des progrès substantiels ces dernières années. Les travaux du "rapport Charpin" ont conduit à préciser le diagnostic régime par régime. Les travaux de la CNAV ou de l'OFCE, réalisés à partir de la méthode des "cas types", ou ceux conduits à l'INSEE à l'aide du modèle de microsimulation DESTINIE (cf. *infra*) ont, pour leur part, permis une première

exploration *ex post* de l'impact des réformes des régimes de base de 1993 et des régimes complémentaires de 1994 et 1996. Ils conduisent à souligner la forte sensibilité des résultats, du point de vue tant intra- et qu'intergénérationnel, à la nature des profils de carrière, aux hypothèses quant à la croissance future des salaires réels, et aux scénarios retenus en matière de politique d'indexation des retraites et des salaires de référence à l'avenir. Mais dans l'optique visant à éclairer les pouvoirs publics pour les réformes à venir, ces premières recherches souffrent surtout, faute de données statistiques ou d'outils méthodologiques pertinents, d'au moins trois faiblesses.

La première est imputable à l'absence de prise en compte de la croissance des inégalités entre cohortes au cours des vingt cinq dernières années en France. Corrélativement, en l'absence d'un dispositif de suivi longitudinal des carrières salariales, les évaluations faites peinent à prendre en compte l'impact des transformations structurelles du marché du travail sur le montant et, surtout, sur la dispersion des retraites à long terme. En troisième lieu, il faut souligner que le concept d'équité intergénérationnelle, si souvent évoqué dans les débats et les réflexions sur les réformes, demeure à la fois insuffisamment conceptualisé et trop peu "opérationnalisé", malgré quelques tentatives en ce sens (*cf. infra*).

Enfin, les conséquences du vieillissement des populations sur la dynamique macroéconomique de long terme (consommation et épargne, structure de la consommation, croissance, allocation du capital à l'échelle internationale), le progrès technique et la productivité, ou encore le marché du travail et la gestion de la main d'œuvre, restent largement inexplorées en France.

B - Le dispositif d'observation actuel

1. Les fichiers des régimes

Il existe aujourd'hui 26 régimes de base d'assurance vieillesse, dont 8 de moins de 20 000 cotisants ou retraités titulaires de droits propres. Comme l'ont montré les travaux préparatoires au "rapport Charpin", ces différents régimes sont dotés d'une inégale capacité d'expertise. Ils disposent de fichiers dotés souvent de données abondantes mais sous exploitées, principalement en raison de l'optique de gestion qui préside à leur constitution et qui contraint l'exploitation qui peut en être faite.

Alors que les fichiers statistiques de retraités de la CNAV sont limités à ses ressortissants, le projet de répertoire national des retraites (RNR) (DREES-CNAV) a pour finalité, à terme, de produire des données sur les retraités alimentées par l'ensemble des régimes : identification des retraité, des régimes d'affiliation et de la nature et du montant des avantages servis (cf. chapitre XII, *infra*, p. 457).

La principale limite posée par les fichiers des régimes est que, jusqu'à présent, ces derniers n'enregistrent que l'information dont ils ont besoin pour liquider les pensions. A titre d'exemple, la CNAV ne récupère que les salaires sous plafond et l'enregistrement des carrières salariales ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire à l'obtention éventuelle du taux plein.

On peut regretter l'absence d'impulsion des pouvoirs publics pour qu'on procède à une normalisation, et encore moins à une exploitation, de ces fichiers. Il serait pourtant souhaitable que les régimes soient autorisés et incités à se constituer des bases de données sur leurs cotisants.

2. L'appariement de fichiers

L'échantillon interrégimes des retraités (EIR) se présente comme l'outil de rapprochement, individu par individu, des informations provenant des différents régimes de retraite. Par rapport aux fichiers des régimes, il est donc surtout utile pour apprécier la situation des retraités pluripensionnés. La phase préparatoire au lancement d'un nouvel EIR en 2001 a été entamée cette année.

L'appariement des fichiers EIR, DADS et Unedic permet d'étudier les trajectoires de fin de carrière. Les conditions de passage en retraite, soit le moment de la liquidation et le taux de remplacement ont pu ainsi être distinguées selon le type de trajectoire vécue, en conférant une attention particulière aux passages par le chômage et la pré-retraite.

3. L'exploitation de volets complémentaires d'enquêtes déjà existantes

L’une des principales lacunes pour apprécier la situation des retraités, mais aussi évaluer l’impact d’une réforme des conditions de liquidation des pensions, a longtemps été imputable à l’absence de données permettant d’étudier de manière précise l’évolution des profils de carrière à travers le temps, en particulier dans leur dernière phase. Pour pallier cette difficulté, divers volets d’enquêtes déjà existantes ont été exploités, de manière rétrospective ou pour mieux cerner les tendances marquantes.

4. Projections de l’équilibre des différents régimes

Les projections de l’équilibre des régimes de retraite à long terme reposent sur les scénarios socio-démographiques élaborés par l’INSEE avec l’appui de la DARES et sur un cadrage macroéconomique fourni par la direction de la prévision. Dans le cadre des travaux préparatoires au dernier rapport du CGP, "L’avenir de nos retraites", les hypothèses retenues en matière de croissance de la population active occupée reposent sur la prolongation des tendances passées en matière de comportements d’activité. Elles ont été cependant adaptées à la situation des différents régimes : si certains régimes ont établi leurs projections d’effectifs cotisants en cohérence avec l’évolution de l’emploi total, d’autres ont été conduits à s’écarter des évolutions macroéconomiques en raison de leurs situation particulière. Sur cette base, chaque régime de retraite a réalisé un exercice de projection de ses charges et de ses ressources, en intégrant les transferts de compensation.

Indépendamment des problèmes inhérents aux prévisions à long terme, cet exercice de projection souffre de deux types de problèmes principaux :

- de l'absence de modélisation démo-macroéconomique "bouclée", prenant en compte les rétroactions du vieillissement démographique sur la dynamique d'accumulation du capital et sur l'évolution du produit national, ainsi que qu'une modélisation du marché du travail ;

- de ce fait, du caractère excessivement linéaire des évolutions retenues.

5. La méthode des cas-types

La DSS, la CNAV, la DRESS, la DP, mais aussi certains organismes indépendants, tel l’OFCE, et de nombreux travaux de recherche et d’évaluation, ont recours à la méthode des cas-types. La DREES, par exemple, a récemment finalisé un outil permettant de simuler une multitude de cas-types en fonction de différentes variables pertinentes (âge d’entrée dans l’activité, profil de carrière, etc.), afin d’étudier dans chaque cas l’impact des modifications de la réglementation en matière de retraite dans le secteur privé.

6. Les microsimulations : le modèle Destinie

Le modèle DESTINIE (modèle Démographique, Economique et Social de Trajectoire Individuelles simulEes) établi par l'INSEE a pour principal objectif la projection à long terme des retraites et de la situation des retraités, afin de fournir une évaluation des différentes réformes des régimes de retraite, compte tenu d’un certain nombre d’évolutions structurelles. Le modèle engendre un certain nombre d’événements démographiques (naissances, décès, mariages, divorces) et donne ainsi une image de la structure de la population française par âge, par sexe, par type de famille sur l’horizon de la projection. Il simule dans un second temps les carrières des individus, selon les différents statuts d’occupation et le niveau de salaire.

Le modèle présente certains avantages majeurs : très grande variété de scénarios possibles à partir de variantes sur les règles déterministes ; outil le plus opérationnel pour tenir compte de la diversité des situations individuelles, et non pas seulement des moyennes.

Pour autant, ces microsimulations posent un problème d’interprétation des résultats lié au biais qui conduit à faire comme si l’ensemble de la population -dont on relève les caractéristiques et les comportements dans l’échantillon initial- relevait, pour la retraite, du seul régime général et des régimes complémentaires. Elles soulèvent surtout un certain nombre d’objections en matière d’hypothèses de comportement ou d’hypothèses exogènes à long terme. On notera en particulier l’absence de bouclage macroéconomique.

C - Les voies a explorer

1. L’étude des carrières salariales

On a déjà souligné qu’il ne saurait y avoir d’analyses approfondies de l’avenir des régimes publics de retraite sans un dispositif de suivi longitudinal des carrières salariales. Ce constat est au demeurant partagé par les principales parties
intéressées : la DREES et la CNAV ont annoncé leur intention de mener à bien des études exploratoires sur un panel de cotisants, dont les contours restent pour l’heure encore flous.

En revanche, il convient de souligner que des données longitudinales de qualité sur les carrières salariales permettraient de traiter, outre certains problèmes évoqués plus haut, un ensemble de questions peu ou mal explorées : les conséquences, du point de vue longitudinal, des transformations du marché du travail -en particulier des accidents de carrière, du chômage- sur le niveau futur des pensions ; les effets des transitions entre les divers statuts ; les inégalités en termes de salaires, de revenus et de carrières entre les différentes cohortes ; mais aussi l’impact précis des divers modes envisageables de valorisation des salaires de référence suivant les profils des carrières salariales.

Dans la même perspective, l’évaluation du rôle et de l’impact des actuelles périodes assimilées devrait être nettement approfondie. On notera enfin que la question de la projection à terme des patrimoines et des ressources des retraités hors régimes publics demeure largement ouverte.

2. Cessation d’activité et conditions de liquidation des pensions

Si les avancées sur ce thème ont été importantes ces dernières années, trois questions mériteraient d’être mieux explorées : le poids respectif des différents facteurs explicatifs de la baisse des taux d’activité des plus de 55 ans ; l’analyse coût-bénéfices, mais aussi qualitative, des licenciements (ou des mises en préretraites) des quinquagénaires suivant les secteurs d'activité et les entreprises ; la pertinence des explications concurrentes en termes de taux de remplacement et d’arbitrage sur le cycle de vie quant au choix de l’âge de la liquidation des droits à pensions.

3. Les avantages familiaux

Les avantages familiaux consentis par les divers régimes de retraite ont déjà fait l’objet de recensions détaillées du point de vue de l’ouverture des droits. Et la Cour relève des incohérences dans la compensation des charges familiales et diverses iniquités entre les bénéficiaires (cf. chapitre XIII, *infra*, p. 483). Avant d’émettre des propositions de réformes, il conviendrait d’explorer plus avant qualitativement et, dans la mesure du possible, quantitativement la nature et l’importance de ces incohérences, et l’analyse de l’impact de ces avantages sur les comportements de fécondité, d’activité, sur l’âge de liquidation, et sur le montant des retraites versées.

4. Vieillissement, dynamique macroéconomique et marché du travail

On a eu l’occasion plus haut de mentionner les carences de la prospective en ce domaine à la fois du point de vue de la dynamique macroéconomique et du point de vue du marché du travail. Un certain nombre de programmes de recherche, dont certains déjà amorcés, d’autres en voie de constitution[81], devraient pallier certains de ces manques.

5. Trois priorités

Au terme de ce panorama, trois axes prioritaires peuvent être dégagés, dans lesquels le récent conseil d'orientation des retraites, créé par le Premier ministre, aura bien entendu à intervenir :

- l’actualisation régulière des projections à long terme de l’équilibre des régimes publics ;

- la mise sur pied, dans les meilleurs délais, d'un dispositif de suivi longitudinal des carrières ;

- enfin, l'engagement dans une politique volontariste en matière de recherche économique et sociologique sur les multiples aspects de l'impact du vieillissement des populations.

V – Dépendance

La société française n'a toujours pas apporté une réponse satisfaisante à la prise en charge collective de la dépendance des personnes âgées. Il est vrai que la définition d'une politique publique de la dépendance pose une série de questions de fond : celle de l'articulation entre trois types de protection : la famille, le marché, l'Etat, celle des frontières entre le social et le sanitaire, et entre les politiques familiales et les politiques de la vieillesse, sans oublier les politiques d'emploi. Le décideur politique est ainsi confronté à une série de choix importants sur la nature du dispositif à élaborer. D'où l'importance des statistiques et des évaluations destinées à éclairer la décision publique, alors même que le Premier ministre a annoncé en mars 2000 une réforme de la prestation spécifique dépendance (PSD), instaurée à titre provisoire en 1997 par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997. Si des progrès significatifs ont été réalisés depuis quelques années en matière de mesure de la dépendance, de connaissance des institutions d'accueil et des caractéristiques des populations concernées, du volume et de la nature des aides apportées, ou encore quant aux déterminants du recours aux services d'aide à domicile et aux institutions, il reste néanmoins, en ce domaine, encore beaucoup à faire.

A - Les enjeux

L'espérance de vie à soixante ans ne cesse de progresser : elle était de 21 ans pour les femmes en 1970 (16 ans pour les hommes), elle est de plus de 25 ans en 1997 (20 ans pour les hommes). Cette progression s'accompagne d'un allongement de l'espérance de vie sans incapacité à la naissance, qui a progressé de trois ans pour les hommes entre 1981 et 1991 et de 2,6 ans pour les femmes, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie totale. La situation apparaît cependant plus contrastée en ce qui concerne les personnes de plus de 65 ans : l'espérance de vie avec incapacité a diminué de 8,5 à 8 ans pour les femmes entre 1981 et 1991, mais elle a augmenté de 5,3 à 5,6 ans pour les hommes.

Selon les estimations et les définitions les plus restrictives mais aussi les plus souvent retenues, le nombre de personnes âgées dites dépendantes varie entre 700 000 et plus d'un million. La borne inférieure de la fourchette correspondrait au nombre de personnes atteintes d'une dépendance sévère au sens de la classification Colvez (confinement au lit et au fauteuil, ou besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage), dont environ 500 000 vivant à leur domicile et plus de 250 000 en institution.

Les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent très fortement avec l'âge : 1,7 % des personnes âgées entre 65 et 69 ans sont confinées au lit ou au fauteuil ou ont besoin d'aide pour la toilette ou l'habillage, contre 9 % des personnes de plus de 80 ans, 20 % de celles de plus de 85 ans et 35 % des plus de 90 ans. Les difficultés apparaissent ainsi surtout à partir de 80-85 ans.

Un dispositif d'aides publiques complexe et insuffisamment efficace, appelé à être réformé, et des enjeux financiers, encore modestes, qui vont croître

Si l'identification du problème de la dépendance n'est pas nouvelle, sa prise en charge s'est faite dans un contexte institutionnel éclaté -malgré l'intervention récente du législateur créant la PSD-, qui conduit à des résultats toujours peu satisfaisants, alors que les enjeux financiers vont être de moins en moins négligeables. La prise en charge de la dépendance vient s'inscrire dans un contexte marqué par les sédimentations des dispositifs successifs, qui ont nui à la recherche de cohérence et d'efficacité économique :

- la PSD, qui est une prestation en nature d'aide sociale attribuée en établissement et à domicile, destinée à remplacer progressivement, sous certaines conditions, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), désormais réservée aux handicapés de moins de 60 ans ;

- des prestations de la sécurité sociale, c'est-à-dire d'une part les services de soins à domicile pour personnes âgées (SSAD), accordés sur prescription médicale, d'autre part la majoration des pensions d'invalidité pour aide d'une tierce personne (non cumulable avec la PSD), que les personnes à l'âge de la retraite peuvent

continuer à percevoir de la part des caisses de retraites ;

- les exonérations de cotisations patronales à 100 % dans le cas d'emplois à domicile pour les personnes de plus de 70 ans, les personnes se trouvant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, et titulaires d'un avantage vieillesse, d'une pension d'invalidité, ou celles bénéficiant de la PSD ou de l'ACTP ;

- l'aide sociale des conseils généraux, soit, pour l'essentiel, des prestations en services ménagers et des allocations représentatives des services ménagers, ainsi que l'aide médicale à domicile, accordée sous conditions de ressources ;

- l'action sociale des caisses, sous formes d'aide ménagère à domicile pour les personnes n'ayant pas droit à la PSD et de prestations de garde à domicile en cas de d'absence momentanée des personnes aidantes, ainsi que d'une gamme d'autres services de proximité (téléalarme, portage de repas, foyers-restaurants) ;

- les aides générales que constituent les exonérations d'impôts découlant de l'emploi de personnes à domicile.

Au total, la complexité du dispositif entraîne une certaine méconnaissance de son ampleur : d'abord la dernière estimation globale disponible date de 1996 ; ensuite, on parvient difficilement à distinguer les charges des différentes branches de la sécurité sociale et des départements.

Le dispositif actuel en général, la PSD en particulier, censée améliorer l'existant, a fait l'objet de critiques fortes et nombreuses :

- Quant à la définition même de dépendance retenue dans la loi sur la PSD, qui mélange deux notions, l'incapacité physique ou mentale et le besoin d'aide qui en résulte, et quant à la population visée.

- Quant au caractère limité et inégal de la couverture. Si l'on rapporte le nombre de bénéficiaires au nombre de personnes (lourdement) dépendantes, le taux de couverture de la population est en effet, pour l'heure, de l'ordre de 17 %, soit en retrait par rapport à l'objectif pourtant modeste affiché par le législateur (30 %). Ce faible taux de couverture a deux causes essentielles : d'une part, les critères d'évaluation retenus à partir de la grille AGGIR des incapacités, qui conduisent à rejeter des personnes qui relèvent d'une dépendance modérée, mais néanmoins réelle ; d'autre part, la mise sous condition de ressources de la prestation. Le champ des bénéficiaires potentiels de la PSD est plus restreint que celui de l'ACTP : le cas le plus fréquemment cité est celui des personnes atteintes de cécité. Surtout, le caractère d'aide sociale de la prestation continue à être critiqué : nombreux sont ceux qui préféreraient une prestation légale d'assurance à caractère universel, ce qui supposerait de confier la gestion de cette prestation à la sécurité sociale. Le dispositif actuel est par ailleurs très inégal : selon le département de domiciliation et la caisse de retraite d'affiliation, la PSD et les suppléments d'aides accordés par les caisses sont variables pour des personnes dans une situation de dépendance identique et disposant des mêmes ressources. De surcroît, il est anti-redistributif par le biais des exonérations d'impôt pour les emplois à domicile ;

- Quant au caractère économiquement inefficace du dispositif, qui tend à favoriser des intervenants sans formation adéquate et sans exigence d'encadrement conventionnel ou bien conduire à la précarisation des intervenants professionnels qui étaient auparavant salariés d'une association ou d'un service prestataire.

- Quant aux structures, complexes et insuffisamment adaptées. C'est l'insuffisante coordination des structures d'offre qui est principalement mise en avant. Celle-ci tient à la mise en œuvre partielle et au caractère incomplet des conventions signées entre les départements et les caisses de sécurité sociale quant aux dispositifs d'évaluation, conventions dont la loi prévoit qu'elle doivent créer une instance départementale de coordination. Mais cela tient aussi à une parcellisation des prestations et des services délivrés, et à la séparation entre les secteurs sanitaire et social. Malgré certains progrès réalisés, une meilleure coordination de l'ensemble des interventions (sanitaires, sociales, familiales), une amélioration des conditions d'hébergement, et la diversification de l'offre de soins demeurent toujours d'actualité.

B - Le dispositif d'observation et les principales questions

1. Une information parcellaire et émiettée

En raison même de ses spécificités, le risque dépendance requiert une multitude d'informations portant sur les caractéristiques des populations étudiées, des structures d'accueil, et des aides apportées. Au regard des dispositifs d'observation actuellement existants, on distinguera ici les données sur l'accueil en établissements, celles portant sur les soins et services à domicile et celles visant à appréhender les aides rendues par la famille et le voisinage.

L'accueil en établissement se fait dans deux grands types de structures traditionnelles : les hospices, les maisons de retraite, les résidences d'hébergement temporaire et les établissements expérimentaux pour personnes âgées, les logements-foyers, que l'on regroupe sous l'appellation d'établissements sociaux et médico-sociaux ; et les services hospitaliers de soins de longue durée (anciennement appelé services de long séjour). Les établissements sociaux et médico-sociaux relèvent de la loi de 1975. Depuis 1985, le SESI, maintenant la DREES, effectue une enquête biennale exhaustive auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les établissements sanitaires pour les soins de longue durée relèvent de la loi de 1970 (modifiée par la loi de juillet 1991), qui concerne toutes les structures hospitalières. Ces structures font l'objet de l'enquête SAE déjà mentionnée.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSAD) et les services d'aide à domicile ont fait l'objet d'enquêtes en 1996.

Enfin, des données sur "les solidarités familiales", c'est-à-dire sur les aides familiales -suivant le degré de parenté, l'âge et le sexe, le niveau de vie du ménage, statut matrimonial, etc.- et leur nature sont apportées par l'enquête -réseaux de parenté et entraide- réalisée en octobre 1997.

2. Les principales questions

La prise en charge de la dépendance repose à nouveaux frais l'ensemble des problèmes de prise en charge d'un risque social, qui au surplus présente des traits spécifiques. Les questions suscitées sont donc classiques et importantes.

Qu'est-ce que la dépendance ? Comment l'évalue-t-on ? Que prendre en charge ?

La dépendance, au sens strict, peut être définie comme le recours nécessaire à un tiers pour les actes de la vie courante.

Cette définition comprend non seulement un élément de causalité -la dépendance doit être due à une déficience ou à un handicap d'ordre physique, psychique ou mental-, mais également un élément de finalité, recouvrant à la fois les actes sur lesquels porte le besoin d'assistance d'une tierce personne, les actes de la vie considérés comme essentiels (hygiène corporelle, nutrition, mobilité) ou ceux de la vie sociale (communication, transport, activités), et les formes que doit prendre cette assistance, enfin un élément de seuil, marqué par un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

Le principal problème que la définition de la dépendance relève alors de l'élément de finalité et du seuil : c'est là que se différencient les très nombreuses grilles de mesure de la dépendance, d'ailleurs souvent conçues pour des usages spécifiques. On ne mentionnera que la grille de dépendance de l'INSERM qui s'appuie sur les travaux de Colvez, dont la combinaison avec un indicateur de dépendance psychique est utilisée dans les enquêtes de la DREES sur les EHPA, et dans l'enquête HID de l'INSEE.

Une fois la grille d'évaluation arrêtée se pose le problème de la mesure des aides : s'il est relativement facile d'évaluer les services dont une personne dépendante a besoin, il est en revanche beaucoup plus délicat d'estimer le volume total d'aide que la collectivité devrait apporter aux personnes. A cet égard, plusieurs problèmes se posent :

- celui du partage entre ce qui constitue un risque et doit être assuré, et ce qui peut être considéré comme un

choix de vie que la personnes dépendante doit assumer ;

- celui de la nature de la compensation : faut-il compenser les dépenses liées à la dépendance ou des revenus trop faibles pour subvenir à ces besoins ?

- celui de l'articulation entre le niveau de dépendance et le barème lui associant un volume d'aide, sachant qu'à incapacité comparable les aides dont bénéficient les personnes dépendantes sont très inégales;

- celui de l'impact du dispositif institutionnel choisi.

Les projections

D'autres questions importantes ont trait à l'ampleur prévisible du phénomène. Des projections peuvent être établies en appliquant aux projections démographiques des projections des taux de dépendance. Différentes études ont été menées en France en supposant que les taux de prévalence de la dépendance par âge demeureront constants à l'avenir. Quelle que soit la définition de la dépendance retenue, ces études concluent à un doublement des effectifs de personnes âgées dépendantes entre 1990 et 2020. Mais il y a lieu de souligner les difficultés que soulèvent la projection des taux de mortalité et surtout de prévalence de l'incapacité.

A cet égard, plusieurs modèles épidémiologiques s'affrontent quant à l'évolution des taux de prévalence, à partir de deux pôles : un scénario de "compression" (absolue ou relative) de l'incapacité, correspondant à la situation où l'espérance de vie en incapacité, exprimée en années, diminue ; et un scénario "d'expansion" (absolue ou relative) correspondant à la situation où l'espérance de vie sans incapacité, exprimée en année diminue. Entre ces deux pôles, le scénario "d'équilibre dynamique", proposé par Manton, qui associe une stagnation de l'espérance de vie sans maladie chronique (mais dont les états prévalents sont en moyenne moins sévères) et une hausse de l'espérance de vie sans incapacité, serait *grosso modo* vérifié dans le cas français au cours de la décennie quatre-vingt. Mais c'est ici que l'absence de données de panel concernant les personnes âgées, comme il en existe aux Etats-Unis ou aux Pays-Bas, se fait cruellement sentir.

A l'horizon 2020, le nombre de personnes dépendantes varierait ainsi entre 762 000 et 1,2 millions, contre 667 000 aujourd'hui[82]. La fourchette est très large et l'on ne peut donc qu'être frappé par la sensibilité des résultats aux hypothèses.

L'impact de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes sur les dépenses dépendra de manière cruciale des arrangements institutionnels quant à la prise en charge de la dépendance. Ce facteur est si important que l'OCDE estime que le coût de la dépendance à long terme sera plus fortement déterminé par les modes de prises en charge -en particulier par le mouvement de "désinstitutionnalisation" à l'œuvre dans plusieurs pays de l'OCDE- que par les tendances en matière d'évolution de l'incapacité à long terme[83].

Enfin, d'autres difficultés sont liées à l'anticipation des modifications des structures sociales et des modes de vie. On peut distinguer à cet égard, trois problèmes clés : la retraite sera-t-elle vécue plus souvent à deux ? Sera-t-elle vécue dans une lignée familiale plus large ? Assistera-t-on à un isolement résidentiel accru ?

Qui sont les dépendants ?

On ne dispose pas de données significatives et longitudinales sur les personnes dépendantes, notamment pour les personnes en établissements, comprenant des informations détaillées sur les ressources, les trajectoires de vie antérieures à l'entrée en dépendance, l'entourage familial, les conditions de vie. Par ailleurs, il n'existe pas de panorama comparatif sur les sommes allouées, le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires en fonction du recours aux divers dispositifs.

Hébergement collectif, soins à domicile, aide informelle

Pour des raisons de coût -qui demanderaient au demeurant à être mieux explorées relativement au degré de dépendance des personnes- mais surtout de bien-être, la priorité de la politique en ce domaine est celle du maintien à domicile. Mais il conviendrait d'étudier les différents déterminants des modes de prise en charge et de leur coordination locale : entre les institutions et les aides à domicile, entre les différents types d'aides à

domicile, entre l'aide profane et l'aide professionnelle.

Parallèlement, le choix entre les divers modes de prise en charge ne saurait être arrêté sans une réflexion économique plus approfondie en matière d'efficience des modes de production des soins et services, tant en institution qu'à domicile. Si des premiers travaux ont bien été menés sur le coût de la dépendance selon le mode d'hébergement, on est aujourd'hui pour l'essentiel dans l'incapacité de mesurer les résultats des soins dispensés et de comparer les rapports coût-qualité des soins dans les différents établissements.

Comment financer ?

Dans le domaine du financement, la première difficulté est celle de l'absence de comptes régulièrement actualisés sur le financement spécifique de la dépendance. Une estimation globale du coût de la dépendance suppose que soient connus, non seulement les financements institutionnels, mais encore les contributions des bénéficiaires, et que soit éclairci le problème des doubles comptes entre ces deux sources de financement. On ne retiendra ici que quatre interrogations :

- quel équilibre réaliser entre les financement publics, les financements privés et le rôle direct de la famille ?

- faut-il une prestation d'assurance sociale ou une prestation d'aide sociale ? Avec une gestion centralisée ou décentralisée ?

- faut-il retenir des prestations en nature ou des prestations en espèces ou bien une solution mixte ?

- quel rôle pour des prestations complémentaires des assurances privées ?

C - Les améliorations en cours

Sans répondre à l'ensemble des problèmes précédemment évoqués, différents travaux en cours devraient permettre des progrès sensibles. On citera d'abord le contenu de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), pilotée par l'INSEE, avant de présenter les programme d'opérations statistiques et d'études actuellement mis en œuvre par la DREES.

L'enquête HID qui vise, d'une part, les personnes en institution, d'autre part les ménages ordinaires. s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes. A la différence de l'enquête décennale sur la santé, il s'agit donc d'une approche plus sociale que médicale, touchant aux besoins d'assistance technique ou humaine, et aux aides effectivement dispensées. L'exploitation de cette enquête permettra de répondre à une bonne part des interrogations suscitées à la fois par l'état des dispositifs existants et par les enjeux de fond évoqués *supra*. Il n'en reste pas moins qu'elle n'a pas été conçue spécifiquement pour fournir des données longitudinales, qui continueront donc à faire défaut.

La DREES a engagé un large programme d'évaluation des différents aspects de la prise en charge de la dépendance, qui, en complément de l'enquête HID, devrait utilement éclairer les enjeux des réformes, sans bien sûr les épuiser tous. Quatre axes s'en dégagent : une réflexion sur les grilles d'évaluation de la dépendance, une évaluation quantitative et qualitative de la mise en œuvre de la PSD, une meilleure connaissance des services d'aide aux personnes à domicile et de ces personnes, enfin une meilleure connaissance de la clientèle et des équipes de direction des établissements d'hébergement des personnes âgées.

La Cour ne peut que prendre acte de l'important effort en cours visant à améliorer très significativement l'information relative à la dépendance. Il est néanmoins permis de regretter le caractère tardif de cet effort au regard du long cheminement des réflexions et des initiatives publiques relatives au traitement de la dépendance.

Réponse

---

[70] On ne rappellera que pour mémoire l'existence d'organismes à vocation générale, tels le commissariat

général du plan, le centre d'études des revenus et de la cohésion sociale, ou la direction de la prévision du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, qui effectuent ou font faire des études ou des recherches dans le domaine.

[71] Il est à noter que le SESI, service statistique prédécesseur de la DREES, disposait d'un effectif de 110 personnes environ. La MIRE comprenait 20 personnes.

[72] La formation "emplois-revenus" intervient également dans le domaine pour une partie de ses activités.

[73] Dans le projet de budget 2000 du CREDES, la subvention d'exploitation de la CNAMTS s'élève à 20,6 MF sur un total de recettes de 31,5 MF. La FNMF, la CANAM et la MSA apportent des financements complémentaires pour, au total, environ 1 MF.

[74] Peu nombreux dans le domaine de la protection sociale, à l'exception de la santé, et sauf dans la discipline sociologique. Le collège des économistes de la santé fédère les chercheurs dans cette discipline. Il faut également citer, sur un plan général, l'association d'économie sociale, qui organise un congrès annuel.

[75] Le commissariat général du plan a favorisé exercé, dans une certaine mesure, cette fonction.

[76] Qui, au sein du CNIS, pourrait conduire à la création dans le domaine social d'une formation horizontale.

[77] Voir en particulier le rapport de Michel Mougeot pour le conseil d'analyse économique : Régulation du système de santé, La documentation française, 1999.

[78] Il y a lieu de noter que le codage des actes de pharmacie et de biologie, maintenant disponible, pourra dans certains cas se prêter s'est prêté, pour certaines études récentes de l'échelon national du service médical, à une exploitation en termes de pathologie.

[79] Lettre du directeur général de la santé au directeur général de l'InVS en date du 29 novembre1999. Un protocole avec la DREES est en cours d'élaboration.

[80] Avec une telle définition, le seuil de pauvreté était de l'ordre de 3 800 F par mois pour une personne isolée en 1995, et n'a pas beaucoup évolué depuis cette date.

[81] Aspects financiers du vieillissement au conseil national du crédit et du titre, programme sur le thème "évolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population", co-piloté par la MIRE et la CNAV et lancement d'une recherche sur « changements démographiques, marché du travail et protection sociale » conjointement par la DARES et la DREES. réflexion de la DARES en association avec la DREES sur l'effet du vieillissement sur l'activité économique.

[82] "Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir", Données sociales, INSEE, 1993.

[83] Tendances internationales de l'incapacité chez les personnes âgées, OCDE, 1999.

Sommaire

LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE V

L’expression de la politique de santé

L'expression des besoins de santé, et la capacité à en dégager des priorités, ont beaucoup progressé ces dernières années, à partir de l'action novatrice du Haut comité de la santé publique. Les ordonnances de 1996 ont amplifié le mouvement en créant deux structures d'expression des besoins : la conférence nationale et les conférences régionales de santé chargées d'élaborer respectivement des priorités nationales et régionales. Le gouvernement émet ses propres priorités, notamment à partir de celles qui sont exprimées par les instances précédentes : c'est l'objet du rapport annexé au projet de loi de financement chaque année.

L'examen de ce dispositif débouche sur un bilan positif. Ce foisonnement initial devrait cependant désormais faire place à une certaine rationalisation. Le repositionnement de la conférence nationale de santé, la clarification des rôles, l'articulation entre priorités régionales et programme régional, une meilleure organisation du rapport annexé à la loi de financement en sont les principaux axes.

Section I :
La détermination des priorités de santé

La détermination des priorités de santé publique conjugue deux étapes. Elle repose tout d’abord sur un préalable – l’observation de l’état de santé, effectuée à partir de la centralisation et de la synthèse des multiples données sanitaires disponibles ; cet aspect a déjà été évoqué dans l’annexe du chapitre précédent, *supra*, p. 193. L’exploitation de ces données, dont les lacunes n’empêchent pas la connaissance globale de l’état sanitaire de la population, fait ensuite appel d’une part à l’expertise, par le biais du Haut comité à la santé publique (HCSP), et d’autre part au débat public, par le moyen des conférences de santé instituées par l’ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, et qui associent les spécialistes de santé publique et l’ensemble des acteurs des systèmes de santé et de soins, et par les états généraux qui associent les usagers. Ainsi sont précisés les besoins et identifiées les priorités qui orienteront la politique de santé publique. L’objet de cette section est d’examiner ce processus de détermination des priorités de santé publique, qui fait intervenir aussi bien l’échelon national que l’échelon régional, ce qui renvoie par ailleurs aux considérations développées ci-après sur le pilotage régional des politiques de santé et d’assurance maladie (cf. *infra*, chapitre suivant, p 245).

I – la détermination des priorités nationales

a - Le rôle pionnier du Haut comité de la santé publique

Créé par un décret du 3 décembre 1991, le Haut comité de la santé publique (HCSP) est une instance d’expertise composée de 26 membres, dont 6 membres de droit -directeur général de la santé, directeur de l’hospitalisation et de l’organisation des soins, directeur de la sécurité sociale, directeur de la CNAMTS, directeur de l’INSERM, et directeur de l’Ecole nationale de santé publique- et 20 membres nommés "en raison de leur compétence ou de leur intérêt pour la santé publique".[84]

Présidé par le ministre chargé de la santé, le Haut comité a pour mission de "contribuer à la définition des objectifs de santé publique, (…) de faire des propositions pour le renforcement des actions de prévention et de développer l’observation de la santé de la population ; à cette fin, il établit un rapport annuel, rendu public, comportant des indicateurs comparatifs et régulièrement suivis, de même que des analyses globales et prospectives sur des problèmes de santé publique". A ces attributions initiales fixées par le décret de 1991, l’ordonnance du 24 avril 1996 a ajouté la mission d’élaborer un rapport à l’attention de la conférence nationale

de santé, transmis ensuite au Parlement, conjointement au rapport de la conférence nationale.

La faiblesse des analyses déjà disponibles sur l'état de santé général de la population a en pratique conduit le Haut comité à réaliser un travail pionnier et au retentissement important. Publié en novembre 1994, son premier rapport *La santé en France* apparaît en effet comme initiateur de la démarche de détermination des priorités de santé publique, dans la mesure où il a donné lieu à l'établissement d'une liste de problèmes et de déterminants de santé jugés prioritaires[85], qui ont ensuite été déclinés à l'échelle régionale dans les conditions analysées au point II ci-après.

Par la suite, s'écartant pour des raisons méthodologiques et matérielles de la périodicité annuelle pourtant prévue par le décret de 1991, le Haut comité a publié deux autres rapports sur l'état de santé, en 1996 et en 1998. Comme il a déjà été noté au chapitre IV, une meilleure articulation reste à trouver entre la DGS, l'InVS, la DREES et le Haut comité afin de mieux départager ce qui relève de l'analyse descriptive, qui pourrait être confiée à l'InVS et à la DREES, et ce qui relève de la tâche de proposition et d'évaluation qui incombe en propre au Haut comité. Celui-ci procède par ailleurs à des études ponctuelles qui répondent à des saisines émanant du ministre ; depuis 1992, 15 rapports ont été élaborés à ce titre.

B - La conférence nationale de santé

Réunie chaque année par le ministre[86], la conférence nationale de santé occupe une place charnière dans le dispositif de détermination des priorités de santé publique conçu par l'ordonnance du 24 avril 1996 précitée. Destinataire des rapports des conférences régionales de santé ainsi que d'une contribution annuelle du Haut comité de la santé publique, la conférence est chargée "d'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population ainsi que l'évolution des besoins de santé de celle-ci et de proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins. (…) Ses analyses et propositions font l'objet d'un rapport au gouvernement dont il est tenu compte pour l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale [et qui est] transmis au Parlement" (art. L.766 du code de la santé publique). La conférence nationale comprend 78 membres répartis en trois collèges, l'un représentant les professionnels, institutions et établissements de santé (38 membres), l'autre les conférences régionales de santé (26 membres) et le dernier regroupant 14 personnalités qualifiées.

Après avoir dégagé lors de sa première édition dix priorités qualifiées "d'égale importance"[87], la conférence nationale de santé a consacré ses travaux ultérieurs à l'approfondissement de ces thèmes. Or, en quatre années d'existence, la conférence n'a pas réussi à affirmer clairement son positionnement. Négligeant *de facto* la dimension financière de ses attributions –alors qu'elle a explicitement pour mission de "proposer les priorités de la politique de santé publique et des **orientations pour la prise en charge des soins**" (souligné par nous)–, la conférence nationale s'est cantonnée à une mission d'expertise, terrain sur lequel sa contribution n'apporte qu'une faible valeur ajoutée par rapport aux travaux du Haut comité. En témoigne en général la grande proximité des rapports de la conférence nationale et de celui élaboré par le comité sur les thèmes choisis en concertation avec le bureau de la conférence. Elle n'est par ailleurs pas davantage parvenue à nouer de réelles relations avec des conférences régionales qui lui ont préexisté dans la pratique et qu'elle n'est venue coiffer qu'*a posteriori*. En dépit de la présence à la conférence nationale de représentants des conférences régionales, il n'existe entre les deux niveaux aucune liaison autre que formelle – synthèse des travaux des conférences régionales par la conférence nationale, et présentation des réflexions et des thèmes d'étude retenus par la conférence nationale lors des conférences régionales suivantes, qui en tiennent compte de façon variable.

La difficile insertion de la conférence nationale dans le paysage institutionnel rend délicat l'établissement du bilan d'impact de ses propositions, leur caractère d'ailleurs très général et incontestable autorisant le plus souvent à rattacher de multiples actions à leur mise en œuvre. C'est ainsi que le plan de relance pour la santé scolaire adopté en mars 1998 intègre ainsi plusieurs des propositions formulées l'année précédente par la conférence nationale. Pour autant, malgré l'ambition affichée initialement par l'ordonnance de 1996, il est difficile d'apprécier dans quelle mesure, en l'absence des travaux de la conférence nationale, les dispositions des projets de loi de financement de la sécurité sociale auraient été différentes. Leur prise en compte dans le rapport du gouvernement annexé au projet de loi de financement "sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale", rapport dont la nature et le contenu sont examinés à la section suivante, a certes été effective dans les rapports pour 1997 et 1998, mais toute référence explicite aux travaux de la conférence a disparu depuis.

C - les états généraux de la santé

L'objectif des états généraux de la santé était d'organiser une "consultation directe des Français sur l'organisation du système de soins, leurs relations avec les professionnels de santé et leur attentes" (communication du conseil des ministres du 13 mai 1998). Conçus comme un dispositif ponctuel et non périodique, ils se sont déroulés à l'automne 1998 et au printemps 1999 autour de thèmes transversaux soumis au débat dans le cadre de "forum citoyen", les régions devant également organiser des réunions sur des sujets d'intérêt régional, dont l'une obligatoire sur le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Après plusieurs journées de restitution interrégionale dans sept villes de province en mars 1999, une réunion de synthèse s'est tenue le 30 juin 1999, qui a fait ressortir deux principaux types d'attentes : pérenniser et approfondir l'association des représentants des usagers dans les instances existantes ; améliorer la protection des droits des malades et plus largement des usagers du système de santé. Ces deux axes devraient être repris dans le projet de loi sur la modernisation du système de santé que le gouvernement envisage de déposer en 2000.

Comme indiqué ci-après, la complémentarité de cette démarche avec celles des conférences régionales n'a pas toujours été comprise au niveau local. Sur le plan pratique, l'organisation matérielle de nombreuses réunions pour le compte des états généraux a d'ailleurs perturbé le calendrier des conférences régionales de 1999, qui ont dû être repoussées du printemps à l'hiver 1999-2000.

II - Les priorités dégagées par les conférences régionales

A - L'identification des priorités régionales de santé

Les conférences régionales de santé (CRS) ont été institutionnalisées par l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de santé dans le but d'établir "les priorités de santé publique de la région (…) et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population au regard de l'ensemble des moyens de la région tant dans le domaine sanitaire que dans les domaines médico-social et social" (art. L 767 du code de la santé publique). Elles sont composées de quatre collèges : le groupe des représentants des services de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, de l'ARH et de l'URCAM ; le groupe des représentants des professionnels de santé ; le groupe des représentants des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ; et le groupe des représentants d'associations de familles, d'usagers et de patients. Le préfet de région désigne deux membres de chaque collège pour constituer le jury de la conférence, chargé de conduire les débats et d'en rédiger les conclusions.

Avant leur consécration par l'ordonnance, des conférences de santé avaient en fait déjà eu lieu dans la majorité des régions en 1995/1996, et les priorités de santé publique dégagées par les jurys des conférences découlent en pratique de cette première génération des conférences. Comme indiqué plus haut, la publication en novembre 1994 du rapport du Haut comité sur la santé en France fut en effet suivie de l'élaboration d'une liste de problèmes et de déterminants de santé publique qu'il avait été décidé de décliner à l'échelle régionale, et qui comprenait les thèmes suivants : accidents domestiques, du travail et sur la voie publique ; cancers ; sida ; les maladies cardio-vasculaires ; les maladies mentales (suicides, troubles mentaux chroniques, dépression) ; sénilité et dépendance ; toxicomanie ; problèmes périnataux mère-enfant ; maladies iatrogènes et infections nosocomiales ; sévices sur les enfants ; douleur ; problèmes de dos ; consommation d'alcool ; usage du tabac ; pauvreté/précarité des conditions de vie ; difficultés d'accès aux soins/prévention. Les régions furent donc invitées à organiser des conférences régionales afin de sélectionner, parmi les thèmes figurant sur cette liste, ceux qu'elles estimaient affecter particulièrement leur population, la possibilité leur étant laissée de dégager d'autres priorités que celles identifiées nationalement.

Si l'autonomie des régions dans la détermination de leurs premières priorités de santé fit donc l'objet d'un certain encadrement, aucune instruction précise n'était cependant donnée sur le nombre souhaitable de priorités à retenir ni sur le terme temporel à leur assigner. En pratique, toutes les régions considérèrent que les priorités devaient s'inscrire dans un moyen terme de quatre à cinq ans, de sorte que leurs travaux ultérieurs ont essentiellement été consacrés au suivi de leur mise en œuvre, et que le risque d'empilement de priorités successives a été évité. La nature et le nombre de priorités retenues par les régions apparaissent en revanche plus variables. Plusieurs situations sont à distinguer, entre les thèmes massivement repris comme une priorité par les régions (alcoolisme –retenu par 21 régions– suicide et dépression, toxicomanie…) ; les thèmes identifiés au niveau national mais non repris par les régions (mal de dos, infections nosocomiales et maladies

mentales chroniques) ; les priorités correspondant à des spécificités locales (diabète dans les DOM, problèmes d'environnement en Bretagne…). On peut noter enfin l'accumulation de priorités, seulement onze régions seulement s'étant limitées à un nombre de priorités inférieur ou égal à cinq.

La définition de ces priorités régionales n'a été que partiellement le fruit des débats des conférences, dans la mesure où les conclusions des enquêtes préalables, similaires à l'enquête menée au niveau national, ont été le plus souvent reprises sans grande modification. Le rôle des jurys, qui estiment travailler en toute indépendance tout en bénéficiant du support logistique de la DRASS, apparaît d'ailleurs essentiel dans l'orientation des débats et des travaux des conférences régionales. Certains jurys ont tenté d'adopter le point de vue de l'usager, mais cette position est restée minoritaire. S'agissant des états généraux à l'occasion desquels des citoyens étaient appelés à s'exprimer directement, les jurys consultés se partagent à peu près également entre ceux qui les considèrent comme complémentaires des conférences et ceux qui y voient une redondance. Les présidents de jurys sont assez unanimes à considérer que les conférences de santé incitent à accorder une attention plus grande à la prise en charge de la dimension sociale de la santé et à certaines populations particulières.

b - La mise en œuvre des priorités régionales

Lieu de débat et de proposition, les conférences régionales favorisent le rapprochement entre des acteurs trop souvent cloisonnés par des logiques institutionnelles, au premier rang desquelles s'inscrit la dualité entre la gestion publique hospitalière et l'assurance maladie. Elles permettent aussi de faire progresser une culture de santé publique non exclusivement sanitaire et curative et de dépasser une approche polarisée sur l'allocation des ressources. Toutefois cet apport indéniable, qui confirme la région comme espace pertinent de débat et d'actions –sans que cela implique l'unicité des acteurs–, ne s'accompagne pas toujours d'une traduction opérationnelle significative.

L'audience et l'impact des travaux des conférences régionales pâtissent tout d'abord de défections ou de réticences préjudiciables. En particulier, l'absence systématique des élus locaux, et l'implication variable des professionnels de santé sont souvent déplorés par les jurys des conférences. Ces derniers ne sont pas non plus toujours en mesure de suivre la mise en œuvre de leurs recommandations : prévus par une circulaire de la DGS du 20 novembre 1997, les comités permanents des conférences de santé ne sont jamais véritablement montés en puissance ; ils sont désormais remplacés par les comités régionaux des politiques de santé (CORPS) mis en place par application de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion et chargés de coordonner les politiques de santé de la région. Il faudra toutefois veiller à ce que la vocation originelle des corps n'entraîne pas l'absorption des politiques de santé par la seule dimension de lutte contre la précarité.

La mise en œuvre des recommandations formulées par les conférences régionales de santé emprunte essentiellement deux voies : leur prise en compte par les ARH et les URCAM d'une part, l'adoption de programmes régionaux de santé d'autre part. Systématiquement transmises aux ARH et aux URCAM en application de l'article L. 766 du code de la santé publique, les conclusions des conférences régionales sont la plupart du temps intégrées dans les programmes de travail de ces institutions, sans pour autant que cela se traduise toujours par la mise en œuvre de mesures qui s'y rapportent directement. Au demeurant, les priorités dégagées par les jurys des conférences de santé diffèrent profondément de celles des ARH et des URCAM : aucune ne concerne en effet l'offre de soins ni la régulation des dépenses, et peu de pathologies entrent dans les priorités, à l'exception, dans quelques régions, du cancer, des maladies cardio-vasculaires ou du diabète. Quelques particularités apparaissent toutefois : accidents en Alsace, handicap en Auvergne, conduites addictives en Nord-Pas-de-Calais, sida en PACA et souffrance psychique et santé au travail en Rhône-Alpes. En sens inverse, il faut cependant préciser, comme pour la conférence nationale, que les recommandations des conférences régionales sont le plus souvent suffisamment larges pour que les actions engagées par les différentes institutions s'y rattachent toujours peu ou prou.

Les programmes régionaux de santé (PRS) constituent quant à eux l'instrument privilégié de mise en œuvre des priorités de santé publique identifiées par les conférences régionales. C'est au préfet qu'il appartient de déterminer, parmi ces priorités, celles qui feront l'objet d'un PRS. Elaborés après une phase préalable de programmation et de définition d'objectifs, les PRS consistent plus en l'adoption de protocole de coordination et de redéploiement de moyens existants qu'en un engagement d'actions nouvelles. Ils bénéficient dès lors d'un financement additionnel, supporté majoritairement par le fonds national de prévention et d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS) géré par la CNAMTS, et de façon plus limitée par les crédits déconcentrés du ministère de la santé. Malgré ce double circuit budgétaire, la procédure d'attribution des financements a été unifiée par la mise en place, en décembre 1998, d'un comité bipartite Etat/CNAMTS en

application de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAMTS. Cette procédure laisse cependant subsister un mode de décision centralisé (après instruction régionale des demandes), alors que la COG de la CNAMTS prévoyait le transfert de la gestion du FNPEIS aux URCAM, le versement des crédits étant actuellement opéré par les caisses régionales d'assurance maladie sur la base des orientations arrêtées par le conseil d'administration de la CNAMTS et par le comité bipartite.

Bien que rarement assortis d'indicateurs de performance qui permettraient de mesurer leur contribution effective à l'amélioration d'une situation sanitaire, les programmes régionaux de santé paraissent constituer des outils efficaces, comme on peut le voir lorsqu'existent des indicateurs comme en Bourgogne en matière de mortalité périnatale, de mortalité néonatale et de mortinatalité[88] depuis l'engagement d'un programme périnatalité à partir de 1996. Il serait cependant utile qu'une évaluation systématique de ces actions soit menée, notamment afin de voir dans quelle mesure elles dépassent le cadre traditionnel des campagnes de prévention, souvent limitées à des actions d'information.

Il faut également préciser que toutes les priorités régionales ne sont pas assorties de programmes régionaux de santé. En particulier, les situations d'accumulation évoquées plus haut empêchent que chaque priorité soit couverte par un PRS ; l'adoption d'un tel programme par le préfet revient donc à opérer une hiérarchie de fait à laquelle s'était refusée la conférence. Au surplus, tous les PRS ne correspondent pas à des priorités dégagées par les conférences régionales, mais déclinent pour certains des priorités nationales, dont l'application est soit laissée à la libre initiative des régions – comme les programmes régionaux sur le sida par exemple, mis en œuvre dans sept régions –soit imposée à toutes– comme les "programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins" (PRAPS) institués par la loi précitée du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion. La double utilisation de l'instrument du PRS, à la fois pour mettre en œuvre les priorités régionales et pour décliner les priorités nationales, ne paraît pas en soi critiquable. Pour autant, il conviendrait de distinguer entre trois types de priorités : des priorités nationales que l'ensemble des régions doivent décliner, et qui ne peuvent que se limiter à un petit nombre ; des priorités nationales dont la déclinaison fait seulement l'objet d'un appel d'offres auprès des régions ; et enfin d'autres domaines que les régions peuvent sélectionner de manière autonome, et pour lesquels elles sont libres de définir leurs programmes d'actions.

Par ailleurs, beaucoup de priorités régionales correspondent à des problèmes faisant l'objet de programmes d'actions nationales, comme la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie ou le sida. L'apport respectif des priorités régionales et des priorités nationales déjà existantes est difficile à apprécier aujourd'hui. Il ne pourra être répondu que lorsque les PRS feront l'objet d'une réelle évaluation.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Initiée par la création du Haut comité de la santé publique en 1991, la démarche de détermination des priorités de santé publique a été consacrée par l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins qui a institué des conférences de santé au double échelon national et régional. Cette création d'espaces de rencontre et de débats a indéniablement permis aux préoccupations de santé publique de progresser en dépassant les clivages institutionnels, voire de toucher la population par le biais des états généraux de la santé organisés en 1998/1999. Après cette phase de mise en place, il conviendrait cependant de stabiliser les instances et de clarifier leurs rôles respectifs. En particulier, la mission de la conférence nationale de santé et son positionnement vis-à-vis du Haut comité de la santé publique et des conférences régionales devraient être reprécisés. Si l'échelon régional des conférences paraît avoir en revanche trouvé sa place, l'articulation des priorités nationales et régionales, et le degré d'autonomie de celles-ci par rapport à celles-là, mériteraient là encore d'être clarifiés afin de permettre une meilleure mise en œuvre des recommandations formulées.

RECOMMANDATIONS

1. Repositionner la conférence nationale de santé afin d'enrichir sa contribution à la détermination des priorités de santé publique.

2. Conforter la position des conférences régionales de santé et la mise en œuvre de leurs propositions, ce qui suppose de poursuivre un double objectif : d'une part, tout en maintenant leur périodicité annuelle, améliorer la continuité des travaux des conférences régionales ; d'autre part, mettre en œuvre chaque priorité régionale

par le biais d'un programme régional de santé, assorti d'une réelle évaluation.

3. Clarifier davantage l'articulation entre l'application régionale des priorités nationales et les priorités régionales.

Réponse

---

[84] La composition du Haut comité telle qu'elle résulte du dernier arrêté de renouvellement en date du 31 décembre 1998 est la suivante : 5 professeurs de santé publique, deux économistes, un directeur d'hôpital, un sociologue, un médecin inspecteur de santé publique, deux médecins épidémiologistes, 6 médecins et deux parlementaires.

[85] Cette liste a été élaborée selon la méthode "delphi" auprès d'un groupe d'une centaine d'experts, les problèmes de santé étant sélectionnés par application des critères de gravité, de prévalence, de faisabilité, d'impact socio-économique et de perception sociale.

[86] La première conférence nationale de santé a eu lieu en septembre 1996, la date se décalant par la suite vers le printemps afin de se situer suffisamment en amont des travaux parlementaires : mois de juillet pour la conférence de 1997, de juin pour celle de 1998, de mai pour celle de 1999, puis de mars pour celle de 2000.

[87] Ces priorités étaient les suivantes : donner les moyens à la promotion de la santé et à son évaluation ; réduire les inégalités de santé intra et interrégionales ; coordonner les actions en faveur de l'enfance pour mieux assurer la continuité de la maternité à l'adolescence ; prévenir les suicides ; renforcer les actions et les programmes de prévention/éducation visant à éviter les dépendances chez l'adolescent ; garantir pour tous l'accès à des soins de qualité ; maintenir en milieu de vie ordinaire les personnes âgées dépendantes qui en font le libre choix ; obtenir plus d'informations sur les morts accidentelles (hors accidents de la route et du travail) ; décloisonner le système de lutte contre le cancer ; réduire l'incidence des accidents iatrogènes évitables.

[88] La mortinatalité correspond à la mortalité foetale, la mortalité périnatale aux enfants morts-nés et décédés avant 7 jours, et la mortalité néonatale aux enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours.

LA SECURITE SOCIALE

Sommaire

CHAPITRE V

L'expression de la politique de santé

Section II : l'article premier de la loi de financement et la mise en oeuvre des priorités de santé publique

Avant 1996, aucune obligation n'était faite au gouvernement de formaliser sa politique en matière de santé. La loi organique du 22 juillet 1996, relative aux lois de financement de la sécurité sociale, a introduit un changement majeur puisqu'il est prévu que, dans le cadre de l'article 1er de chacune de ces lois de financement, est approuvé un rapport annexé relatif, en particulier, aux orientations de la politique de santé.

I – Le dispositif de l'article 1er de la loi de financement (volet santé)

A – Les objectifs du dispositif

L'exposé des motifs de la loi organique du 22 juillet 1996 précisait que les lois de financement auraient "en premier lieu pour objet d'approuver un rapport présentant les orientations et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre de la sécurité sociale. C'est par ce vote que la représentation nationale se prononcera sur l'ensemble de notre système de sécurité sociale et sur la politique du gouvernement en la

matière".

L'objectif était donc de montrer que les mesures financières prises dans le corps de la loi de financement découlaient d'orientations et objectifs beaucoup plus généraux sur lesquels le Parlement serait appelé à s'exprimer.

Le Parlement a approuvé cette proposition, en la précisant par l'ajout dans l'article 1er de la notion d'approbation "des orientations de la politique de santé et de sécurité sociale", voulant insister, comme l'a déclaré un député lors des débats, sur le fait que la santé était au cœur du dispositif.

B – Les rapports annexés aux quatre premières lois de financement

Dans chacune des quatre premières lois de financement (1997 à 2000) a été voté un article 1er ainsi rédigé : "Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année…".

Les rapports annexés ont été de longueur et structure variables, mais ont toujours concerné les trois thèmes suivants : la santé (y compris, depuis la LFSS pour 1998, les questions relatives à l'organisation des soins), la sécurité sociale (famille, vieillesse et, depuis 1998, personnes handicapées) et les conditions générales de l'équilibre financier (mode de financement, équilibre du régime général).

La forme et le contenu de la partie santé du rapport annexé ont beaucoup varié en quatre ans : la première année, la partie santé, d'une longueur d'une page, était présentée sous le titre "Les priorités définies par la CNS seront mises en œuvre", ce qui pouvait donner l'impression que la politique gouvernementale se limitait à la mise en œuvre de mesures définies par un organisme consultatif ; dans le second rapport annexé, la partie santé couvrait 4,5 pages (dont 1,5 pages sur l'organisation des soins) et présentait des mesures plus nombreuses et moins liées à la CNS à laquelle il était néanmoins fait référence ; dans les deux LFSS les plus récentes, la partie santé est plus courte (3 pages), plus structurée et davantage présentée comme l'expression d'une politique gouvernementale (son titre en 1999 est explicite : "La politique de santé du gouvernement s'organise autour de sept objectifs majeurs").

C – Le choix des thèmes abordés et la précision des engagements pris

Origine et traitement des thèmes de santé publique dans les rapports annexés aux lois de financement

	LFSS pour 1997	**LFSS pour 1998**	**LFSS pour 1999**	**LFSS pour 2000**
Nombre total de thèmes traités	9	16	17	15
Nombre de thèmes traités issus directement des dix priorités de la CNS	5 *56 %**	8 *50 %*	7 *41 %*	7 *47 %*
Nombre de thèmes faisant l'objet d'engagements précis	7 *78 %*	6 *38 %*	3 *18 %*	4 *27 %*
Nombre de thèmes faisant l'objet de rappel de mesures déjà prises	2 *22 %*	2 *13 %*	6 *35 %*	8 *53 %*

* Les pourcentages du tableau représentent de nombre de thèmes de la ligne en question par rapport au nombre total de thèmes traités par la LFSS de l'année.

Les éléments présentés dans le tableau ci-dessus n'ont qu'une valeur indicative car la comptabilisation du nombre de thèmes relève de choix forcément discutables[89]. Néanmoins, ils donnent une bonne image des

caractéristiques des quatre premiers rapports annexés :

- Le gouvernement est relativement fidèle aux dix priorités fixées par la CNS en 1996, puisque sept d'entre elles sont régulièrement reprises depuis la LFSS pour 1998. Cette fidélité s'explique à la fois par l'importance donnée à la CNS dans les deux premiers rapports annexés et par le fait qu'en réalité la plupart de ces priorités sont suffisamment générales et importantes pour figurer dans toute politique gouvernementale.

- Le nombre de thèmes traités a beaucoup augmenté dans la LFSS pour 1998, sur proposition du gouvernement ou amendement du Parlement. Les thèmes traités en 1999 et 2000 sont aussi nombreux qu'en 1998, mais parfois différents, le gouvernement (cf. la politique nutritionnelle en 2000) et le Parlement (cf. la prise en charge du handicap auditif en 1999) continuant à introduire de nouveaux sujets, alors que certains autres thèmes disparaissent (cf. le dopage).

- Le nombre et le pourcentage d'engagements précis ont beaucoup baissé les trois premières années, semblant montrer que le rapport annexé est davantage devenu un recueil des priorités générales, l'annonce de mesures précises étant le plus souvent réservée à d'autres cadres (projets de loi, rapports, plans, conférences de presse…).

- Le rapport annexé présente de plus en plus souvent un court bilan de la mise en œuvre des mesures, mais ce bilan est encore loin d'être systématique pour les thèmes des années précédentes.

D – La mise en œuvre des engagements pris

Les engagements pris dans les rapports annexés trouvent rarement leur traduction dans les articles des lois de financement, car ces articles ne comportent, par définition, que des mesures ayant un impact financier. Néanmoins, l'analyse montre que dans la majorité des cas des décisions ont été prises suite aux engagements figurant dans les LFSS : en effet, en excluant celle pour 2000, trop récente, les engagements de la LFSS pour 1997 ont presque tous été respectés, et ceux des lois pour 1998 et 1999 l'ont été en majorité, comme le montrent les tableaux annexés.

Ce respect est certainement un point positif, mais il convient de l'apprécier avec réalisme. En effet, d'une part le gouvernement a inévitablement tendance à ne présenter, ou n'accepter du Parlement, que des engagements qu'il a de fortes chances de pouvoir mettre en œuvre dans l'année. D'autre part, le non-respect d'un engagement ne provoque pas toujours de débats lors de la discussion du projet de loi de financement de l'année suivante.

II – L'intérêt et les faiblesses du dispositif

A – L'intérêt du dispositif

Un des intérêts majeurs du dispositif de l'article 1er est l'obligation faite au gouvernement de présenter régulièrement un document synthétique sur sa politique de santé. Cela le contraint à définir des priorités à partir de ses objectifs politiques, de l'expertise de l'administration et des avis et recommandations des conférences de santé et des différentes structures travaillant en matière de santé publique, offrant ainsi à ces organismes un écho plus important.

Ces priorités sont ensuite débattues par le Parlement qui peut les amender. Ce débat public, qui est une nouveauté, pourrait permettre une sensibilisation accrue de l'opinion aux questions relatives à la santé publique, questions qui, par le passé, étaient rarement débattues en dehors du cercle des professionnels de santé.

B – Les faiblesses du dispositif

1. Les difficultés de fond

La principale limite du dispositif est le fait que le contenu du rapport annexé n'a pas de valeur normative En effet, même s'il est débattu, amendé et voté en même temps que la loi de financement, le rapport annexé ne

présente que des "orientations et des objectifs". Le Conseil d'Etat, par une décision du 5 mars 1999[90], a considéré que ces orientations et objectifs n'étaient pas revêtus de la portée normative qui s'attache aux dispositions de la loi. Le non-respect de ses engagements par le gouvernement ne peut donc être juridiquement sanctionné, ce qui diminue la contrainte pesant sur lui ainsi que l'intérêt du dispositif pour les parlementaires.

Par ailleurs, trois autres limites de fond peuvent également être signalées :

- la difficulté théorique et pratique de définir une politique de santé, d'en faire débattre le Parlement et d'en faire le point de départ des mesures prises ultérieurement dans le cadre de la loi de financement ou dans d'autres cadres ; d'ailleurs, le volet santé du rapport annexé explicite peu les priorités implicites qui fondent l'ONDAM ;

- la difficulté de présenter chaque année une politique de santé et de renouveler chaque année le débat ;

- la difficulté, enfin, de discuter ces questions dans le cadre de la loi de financement dont l'objectif principal n'est pas d'arrêter une politique de santé mais de fixer des objectifs de dépenses et de prendre des mesures à caractère financier.

Ces limites expliquent en partie le fait que la discussion de l'article 1er est relativement brève dans le cadre des débats parlementaires et trouve peu d'écho dans l'opinion publique.

2. Les difficultés dues à la forme et au contenu actuels du rapport annexé

A ces difficultés de fond, viennent s'ajouter des faiblesses de forme qui obscurcissent le texte des rapports annexés, et donc les débats s'y rapportant.

Malgré une amélioration de sa structure générale ces deux dernières années, la partie santé se présente encore sous la forme d'une liste de thèmes non hiérarchisés et probablement non exhaustifs, liste qui n'exprime guère une politique de santé globale et cohérente.

Cette impression est renforcée par le constant mélange, dans le corps du texte, d'annonces très générales, de rappels de mesures prises et d'engagements précis ; par le nombre limité de ces engagements précis ; et enfin par l'absence d'un bilan synthétique de la mise en œuvre des priorités du rapport annexé de l'année précédente.

RECOMMANDATIONS

1. Améliorer la forme et le contenu des rapports annexés en distinguant plus explicitement les objectifs généraux et les engagements précis, en augmentant le nombre de ces engagements précis et en établissant chaque année un tableau de la mise en œuvre des mesures annoncées les années précédentes.

2. Réfléchir à l'intérêt et à la possibilité de susciter un débat parlementaire sur la politique de santé en dehors du cadre de la loi de financement et sans périodicité annuelle.

3. Renforcer le lien entre le rapport annexé et la loi elle-même.

Réponse

---

[89] Pour le calcul du nombre de thèmes, la logique retenue a été celle de la présentation formelle des annexes, ce qui revient à comptabiliser de la même manière certains thèmes de champ limité (cf. la prévention bucco-dentaire) et certains thèmes beaucoup plus vastes (cf. les maladies professionnelles ou la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme). Par ailleurs, n'ont pas été considérés comme engagement "précis" les engagements d'impact trop limité ou ne présentant que des objectifs formels comme la présentation d'études sans obligation de contenu.

[90] CE - 5 mars 1999 - M. Rouquette et autres.

Sommaire

LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE V

L'expression de la politique de santé

Annexe :
Mise en œuvre des principaux engagements inscrits dans les rapports annexés aux lois de financement pour 1998 et 1999[91]

Principaux engagements inscrits dans l'annexe de loi de financement pour 1998, en matière d'actions de santé publique	**Principales mesures prises en 1998 (ou, éventuellement, début 1999)**
1° Action à l'égard de l'alcool : amélioration, en 1998, de la reconnaissance juridique et de la prise en charge financière des soins.	1° Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et décret du 29 décembre 1998 relatif aux centres de cure ambulatoire en alcoolémie.
2° Effort en matière de périnatalité.	2° Lancement de la seconde enquête nationale périnatale. Deux décrets du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatologie et la réanimation néonatale. Arrêté du 8 janvier 1999 redéfinissant missions et composition des commissions régionales de la naissance.
3° Renforcement des actions auprès de la jeunesse, dans le cadre scolaire et extra scolaire.	3° Plan de relance de la santé scolaire annoncé en mars 1998. Production de documents pédagogiques par le comité français d'éducation pour la santé. Circulaire du 24 novembre 1998 du ministère de l'éducation nationale sur le développement de l'éducation pour la santé à l'école ou au collège.
4° Renforcement de la prévention du saturnisme infantile.	4° Chapitre de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation pour la lutte contre les exclusions (quatre décrets d'application pris en 1999) Crédit de 2 MdF mis en place pour la surveillance et les mesures d'urgence.
5° Lutte contre le cancer : création en 1998 d'un comité national de pilotage du dépistage.	5° Installation en décembre 1998 d'un comité national de prévention qui, malgré l'existence d'un groupe "dépistage", ne joue pas le rôle d'un comité national de dépistage des cancers (un tel comité national n'existe que pour le cancer du sein, depuis 1994)
6° Lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes : . accélération de la mise en place des	6° Plusieurs circulaires ministérielles et guides (recommandations, bonnes pratiques) publiés en 1998. Mise en place de crédits supplémentaires de 80 MF

équipes opérationnelles d'hygiène (ce qui implique des engagements supplémentaires de 182 MF sur trois ans), y compris dans les établissements privés ; . expertise collective entamée par l'INSERM.	pour les deux premières années). L'extension aux établissements privés n'a été rendue obligatoire que par un arrêté du 6 décembre 1999. L'étude INSERM a été commencée, mais le rapport final pas encore établi.
7° Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles (sida, hépatite C) : . sida : information, accès au dépistage, réseau de soins ; . hépatite C : élargissement des missions en 1998 des centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG)…	7° Sida : 1137 projets nationaux et locaux financés pour des actions de prévention. Circulaire du 9 juillet 1998 étendant les missions des CDAG en matière de dépistage de l'hépatite C.
8° Lutte contre la toxicomanie, avec en particulier la création de nouveaux lieux de prévention et d'orientation et l'augmentation des crédits.	8° Création de 5 points écoute jeunes. Crédits supplémentaires de 47 MF pour la formation et la prévention.
9° Lutte contre le dopage en matière sportive.	9°Loi du 23 mars 1999 (textes d'application en cours d'élaboration)
10° Politique de soins palliatifs et lutte contre la douleur : . plan d'action en 1998 ; . bilan, fin 1998, de l'application des dispositions de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 (moyens à mettre en œuvre par les établissements de santé).	10° Plan d'action triennal lancé en 1998 ; recensement effectué fin 1998 des services existants.
11° Maladies professionnelles et accidents du travail : présentation d'un rapport au Parlement à l'appui de la LFSS pour 1999.	11° Rapport présenté dans les documents annexés au projet de LFSS pour 1999.
12° Veille et sécurité sanitaires : création de trois institutions nouvelles (institut de veille épidémiologique, agence chargée de la sécurité sanitaire, agence chargée de la sécurité alimentaire.	12° Les trois institutions ont été créées par la loi du 1er juillet 1998 (décrets d'application du 4 mars et 26 mars) (sur ces agences, cf. chapitre VI, *infra*, p.00)
13° Présentation en 1998 d'un projet de loi permettant la mise en place d'une assurance maladie universelle.	13° Projet de loi non déposé en 1998.

Réponse

[91] Cette annexe a été établie par la Cour. Les engagements ne figurant pas dans la partie santé (cf. le maintien à domicile des personnes âgées) ou ne faisant l'objet que d'engagements très imprécis et de rappels de mesures déjà prises ne sont pas repris dans ce tableau. Le nombre de thèmes traités est donc différent de celui indiqué *supra* dans le tableau du texte.

Sommaire

LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE VI

Le pilotage de la politique de santé

Ce chapitre analyse certains des instruments majeurs mis en place pour piloter la politique de la santé, dès lors que les besoins et les priorités sont exprimés et connus.

Au plan national, l'organisation retenue consiste à assurer ce pilotage, et en particulier la veille et la sécurité sanitaires, par des établissements publics plutôt que par le ministère de l'emploi et de la solidarité. Sept agences ont été créées ces dernières années, dotées de moyens importants. C'est leur positionnement respectif et la coordination – entre elles, et entre le ministère et elles – qui constituent, aujourd'hui et pour les prochaines années, le problème principal.

Au plan régional, l'organisation est très touffue entre les divers organismes -ARH, DRASS, CRAM, URCAM, URML-, et entre les différents documents programmatiques établis par les uns et les autres - PRAM, PRH, SROS,… -. Cette complexité reflète celle d'un système où coexistent l'Etat, qui a la tutelle de l'hôpital, et l'assurance maladie qui a en charge la médecine de ville. Mais la promotion du niveau régional pour concevoir et piloter la politique de la santé favorise, à travers la multiplicité même des instruments, un dialogue entre les différents acteurs et institutions, une culture commune propice à une meilleure compréhension réciproque et à l'élaboration de priorités partagées.

Les agences régionales d'hospitalisation (ARH) ont été chargées, par les ordonnances de 1996, d'assurer la régulation et l'organisation de l'offre hospitalière. Pour la répartition annuelle des moyens entre hôpitaux, elles doivent connaître les établissements, et donc mobiliser l'information disponible. La coordination nationale entre leurs expérimentations et initiatives reste insuffisante. Pour la programmation à moyen terme, les ARH ont élaboré la deuxième génération des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Les opérations qu'ils retracent sont moins précises, dès lors qu'à la différence des premiers SROS les annexes qui décrivent ces opérations sont devenues juridiquement opposables. D'autre part, il y a maintenant, par rapport au début des années quatre-vingt-dix, d'autres cadres de programmation régionale en matière de santé dont il convient de clarifier les rôles respectifs et l'articulation.

Section I : l’organisation administrative nationale : les relations entre la DGS et les agences sanitaires

Le renforcement de la veille et de la sécurité sanitaires constitue une priorité récente de santé publique. Cette politique s’est traduite par la mise en place d’établissements publics nationaux sous tutelle du ministère de la santé[92]et tout particulièrement de la DGS. C’est ainsi qu’ont été créées en 1993, l’agence du médicament et l’agence française du sang, en 1994, l’office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI) et l’établissement français des greffes (EFG), en 1996, l’agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) et par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle sanitaire des produits destinés à l’homme, l’agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui se substitue à l'agence du médicament avec des compétences élargies, l’agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), l’institut de veille sanitaire (InVS) et l’établissement français du sang (EFS) en remplacement de l’AFS. Ces organismes sont souvent dénommés sous le terme générique d’agences sanitaires.

Les premières agences créées répondaient à une attente précise tel le renforcement de la capacité d’expertise de l’Etat pour l’agence du médicament ou la réorganisation de la transfusion sanguine par l’AFS. Le choix d’une pluralité de structures spécialisées sur des domaines déterminés plutôt que la création d’une agence

unique a été fait lors de l'adoption de la loi du 1er juillet 1998. Cette orientation est maintenue avec la proposition de loi créant une agence française de sécurité sanitaire environnementale.

La mise en place des agences sanitaires visait à créer une capacité d'expertise plus forte et plus transparente. Elle favorise également la répartition des responsabilités en distinguant les structures en charge de la gestion de celles responsables du contrôle et en séparant l'expertise du pouvoir de décision[93].

Alors que la DGS se réorganise pour se positionner au cœur du dispositif de santé publique, la Cour a analysé les enjeux que présente pour elle ce renforcement externe des moyens de veille et sécurité sanitaires ainsi que les conséquences de cette organisation multi-centrique sur la définition et la mise en œuvre de la politique de santé.

Les agences sanitaires actuelles

L'office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI) exerce des missions d'expertise, de surveillance et de contrôle destinées à protéger la population contre les rayonnements ionisants.

L'établissement français des greffes (EFG) est chargé de la gestion de la liste nationale des patients pouvant bénéficier d'une greffe et de l'attribution des greffons.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) a pour mission de favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles, et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé.

L'institut de veille sanitaire (InVS) effectue la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population pour l'ensemble des risques susceptibles de l'affecter.

L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) élargit le champ de compétence antérieurement dévolu à l'agence du médicament à tous les produits à finalité sanitaire destinés à l'homme ainsi qu'aux produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle.

L'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) est chargée d'évaluer les risques sanitaires et nutritionnels que peuvent présenter les aliments destinés à l'homme ou aux animaux, y compris ceux pouvant provenir des médicaments vétérinaires.

L'établissement français du sang (EFS) gère sur l'ensemble du territoire les activités de collecte du sang, de préparation et de qualification des produits sanguins labiles ainsi que leur distribution aux établissements de santé et d'hémovigilance.

Ces différents établissements publics administratifs[94]sont désormais dénommés sous le terme générique d' "agences sanitaires".

I - Un renforcement des moyens de veille et sécurité sanitaires

Les compétences dévolues aux agences ont étendu le champ de la santé publique. Les moyens humains et financiers qui leur sont accordés accroissent la capacité de l'Etat à intervenir dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaires .

Certaines des missions confiées aux agences sanitaires étaient antérieurement assurées par le ministère. Ce transfert de compétence a concerné les produits de santé puis tous les produits à finalité sanitaire destinés à l'homme, les produits cosmétique et d'hygiène corporelle, ainsi que la transfusion sanguine et l'épidémiologie. D'autres compétences étaient antérieurement dévolues à des associations comme le domaine du prélèvement d'organes et de la greffe ou celui de l'évaluation des soins et pratiques professionnelles.

Les agences sanitaires ont également investi de nouveaux champs de la santé publique. C'est ainsi que l'ANAES met en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé. De même, l'InVS a fait

entrer les risques professionnels dans la sphère de la santé publique alors qu'ils relevaient traditionnellement de la seule compétence du ministère du travail. Enfin, la création de l'AFSSA a intégré la sécurité des aliments dans la problématique de la santé publique ; ce domaine, à l'exception de l'eau, était auparavant essentiellement du ressort des ministères en charge de l'agriculture et de la consommation.

Pour assurer ces missions, les agences sanitaires disposent de moyens humains et financiers importants. Les effectifs budgétaires de ces sept établissements publics ont été multipliés par 6,8 en quatre ans, passant de 1 553 en 1997 à 10 638[95] en 2000 ; ils représentent 4,5 fois les effectifs de l'administration centrale du ministère (santé et solidarité). Par comparaison également, les effectifs de la DGS sont d'environ 300 personnes.

Les ressources financières dont bénéficient les agences proviennent de plusieurs origines dont les plus importantes sont les subventions de l'Etat, celles de l'assurance maladie, les financements de conventions et ceux des bénéficiaires (ventes de produits[96], redevances et taxes). Cette addition de financements leur donne des moyens qui ont été multipliés par cinq depuis 1997 pour atteindre 5 478 MF en 2000[97]. Par référence, les moyens budgétaires de l'Etat en matière de santé publique s'élèvent à 3 994,8 MF à la même date.[98]

Après une montée en puissance progressive, les agences sanitaires disposent d'un poids humain et financier croissant par rapport aux moyens du ministère. Cette évolution majeure des formes d'intervention de l'Etat en matière de veille et de sécurité sanitaires justifiait de repenser l'organisation des relations entre la tutelle et les agences sanitaires.

II - Les conséquences sur la DGS

Alors que les réflexions conduites depuis 1996 proposaient des mesures destinées à adapter le ministère et notamment la DGS à son nouvel environnement, la réorganisation de cette direction n'est intervenue qu'en juillet 2000.

Jusqu'à l'actuelle réforme de l'administration centrale, ni la définition des missions de la DGS, ni son organisation interne ne reflétaient son rôle de tutelle et de coordination sur les agences sanitaires ; elles ne permettaient pas une identification claire de sa mission de pilotage. Le décret fixant ses attributions n'avait pas été modifié depuis 1981 et les circonscrivait à un nombre de missions limitativement énumérées comme la prévention et l'environnement sanitaire, la maternité, l'enfance et les actions spécifiques de santé, l'organisation des soins et le suivi des formations médicales et paramédicales. La dernière modification de la composition interne de la direction et des attributions de chacun des bureaux datait de 1994. Ces textes ne faisaient que très marginalement référence aux premières agences sanitaires créées.

Pourtant, plusieurs groupes de travail avaient été chargés d'analyser les conséquences de la création des agences sur les missions du ministère et la conduite de la politique de la santé. Leurs conclusions étaient pertinentes. Constatant que le ministère était "en voie d'émiettement " un rapport rédigé en 1996 à la demande des ministres soulignait la nécessité de définir une stratégie adaptée à cette situation en développant des capacités d'analyse et d'anticipation. Des orientations sur les conditions d'exercice de la tutelle étaient également proposées. Les recommandations, qui ne concernaient pas les seules agences sanitaires, exigeaient selon les auteurs du rapport une transformation culturelle .

Dès le début de l'année 1997, les orientations que formulait le groupe de travail en charge de la politique de la santé concernant l'organisation de la DGS soulignaient l'impact de la création de l'AFSSAPS, de l'AFSSA et de l'InVS sur les tâches de certains bureaux de la DGS et invitaient cette direction à rechercher un organigramme mieux adapté à l'évolution de ses missions et de son environnement. Des formations devaient être définies "pour accompagner le passage d'une culture de gestion à une culture d'animation et d'orientation stratégique des agences et des services déconcentrés".

Les travaux engagés en application de la circulaire du premier ministre du 3 juin 1998 relative à la préparation des programmes pluriannuels de modernisation s'appuient sur les conclusions antérieures et les confirment.

La réorganisation de l'administration centrale définie par décret du 21 juillet 2000 confie à la DGS l'élaboration de la politique de santé. Dans ce cadre, elle assure, en liaison essentiellement avec la direction de l'administration générale, des personnels et du budget (DAGPB), la tutelle sur les établissements publics dans

le domaine de la veille et de la sécurité sanitaires. La Cour ne peut qu'approuver cette orientation, en espérant que sa mise en œuvre sera de nature à remédier aux insuffisances antérieurement constatées dans les relations entre la DGS et les agences sanitaires.

III - L'organisation des relations avec les agences sanitaires

La DGS joue un rôle central dans l'exercice de la tutelle sur les établissements publics de veille et de sécurité sanitaires. Elle n'a pu jusqu'à présent concrétiser ses ambitions.

A - l'exercice de la tutelle

La DGS s'est progressivement désengagée de l'exercice d'une tutelle classique pour privilégier une tutelle dite stratégique.

1. La tutelle classique

La tutelle prévue par les différents décrets relatifs à l'organisation et au fonctionnement des agences concerne pour l'essentiel les délibérations de leur conseil d'administration. En organisant préalablement des pré-conseils informels, la DGS évite des interventions conflictuelles en séance. Cette pratique n'est pas critiquable en soi, mais l'absence de compte rendu de ces réunions ne donne pas de lisibilité externe du rôle de la DGS dans le pilotage des agences. Il s'ensuit également une perte d'information préjudiciable au suivi de l'activité de ces organismes.

Cette tutelle se partage en outre dans des conditions pour partie mal définies. Un protocole signé le 27 septembre 1999 définit les relations entre l'AFSSA et ses trois tutelles (direction générale de l'alimentation, direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, et DGS) dans le domaine de l'expertise alimentaire[99], en prolongement d'un protocole signé entre les trois ministères le 24 septembre précédent. Une telle formalisation est opportune compte tenu de la complexité d'organisation de cette tutelle conjointe. La répartition des rôles entre la direction de l'administration générale, du personnel et du budget et la DGS, en revanche, est plus floue. Le protocole répartissant les compétences respectives des deux directions dans l'exercice de la tutelle classique n'est pas encore formalisé.

Il traduit toutefois la volonté de la DGS de réduire ses interventions dans les domaine du budget, du personnel et du fonctionnement administratif des agences pour se consacrer prioritairement à un pilotage dit "stratégique". Celui-ci n'est défini par aucun texte. Contrairement à la tutelle classique, cette tutelle scientifique et stratégique est donc dépourvue de base légale, et la DGS n'a plus le pouvoir d'imposer son point de vue. L'efficacité de son action devient subordonnée à sa capacité de convaincre et à la légitimité que les agences sanitaires trouvent à son intervention.

2. La tutelle scientifique et technique

La tutelle scientifique et technique que souhaite exercer la DGS nécessite une bonne connaissance de l'activité des agences, un dialogue bilatéral régulier et une coordination sur des sujets communs. Les outils actuellement disponibles pour soutenir cette démarche sont récents et insuffisants.

La circulation de l'information devrait être améliorée. Ni la DGS ni les agences n'élaborent systématiquement de documents de programmation pourtant nécessaires à leur connaissance réciproque. Lorsque ces documents sont réalisés, ils ne sont pas normalisés dans leur contenu et privilégient tantôt l'activité, tantôt les moyens. Seuls les programmes de l'ANAES commencent à être structurés, mais il s'agit d'une obligation légale. La DGS n'a jusqu'à présent pas davantage établi de rapport d'activité alors que les agences, à l'exception des structures les plus récemment créées, respectent l'obligation qui leur est faite par la loi d'en établir annuellement un. Les systèmes d'information de la DGS sont centrés sur la gestion et la remontée d'informations en provenance des services déconcentrés ; ils ne permettent pas de suivre l'activité des agences ni de fournir des résultats en vue de l'élaboration de la politique de santé.

Les relations les plus nourries entre la DGS et les agences résultent de l'organisation des comités de liaison, instances de coordination entre chaque agence et le bureau de la DGS en charge de la tutelle sur le secteur. Leur périodicité varie d'un organisme à l'autre ainsi qu'en fonction des circonstances mais elles sont le plus

souvent mensuelles. La préparation de textes réglementaires y tient une grande place. Ces réunions techniques sont indispensables à la relation DGS-agences mais elles ne peuvent pallier les faiblesses de la coordination à d'autres niveaux hiérarchiques.

En complément des méthodes et structures de coordination retenues par les agences elles-mêmes pour faire face à l'importance des sujets qui nécessitent des travaux en communs, la DGS dispose de trois modes de coordination : celle assurée par le coordinateur des agences, celle organisée à l'initiative du directeur général de la santé et le comité national de la sécurité sanitaire (CNSS).

La création, en 1998, d'une fonction de coordonnateur des agences a permis de faire réfléchir les agences sur des préoccupations qui leur étaient communes, qu'il s'agisse de communication, de relations internationales et notamment européennes ou de l'utilisation du réseau Internet. L'organisation de cette coordination permet une harmonisation des points de vue entre la DGS et les agences ; elle ne concerne cependant que des sujets un peu périphériques par rapport aux orientations stratégiques de ces dernières.

Depuis l'arrivée de l'actuel directeur général, la fréquence des larges réunions de coordination sur des sujets transversaux auxquelles participaient également le CFES et éventuellement d'autres structures a été réduite au profit de réunions bi-latérales et de la mise en place du CNSS. Ce comité, créé par la loi du 1er juillet 1998, réunit sous la présidence du ministre chargé de la santé, les directeurs généraux et présidents des conseils scientifiques de l'AFSSAPS, de l'AFSSA et de l'InVS pour analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population. Il associe à ses travaux les autres ministres intéressés ainsi que toute autre personnalité ou organisme compétents. La loi ne le définit pas comme l'instance de coordination de toutes les agences mais lui permet de le devenir. Certains établissements publics qui n'en sont pas membres de droit n'ont toutefois accepté leur participation à cette instance que pour les sujets de l'ordre du jour relevant de leur secteur ou en cas de crise.

Le rythme des réunions de l'ensemble des responsables d'agences sous l'autorité du directeur général de la santé se ralentit donc par rapport à la période de mise en place des nouvelles agences. Pourtant, le besoin de coordination demeure fort ; il est toujours ressenti comme tel par la ministre en charge de la santé puisque les directeurs d'agences sont réunis tous les quinze jours sur le thème de la sécurité sanitaire.

B - La nécéssité d'une stratégie

Au-delà des outils de tutelle et de coordination, la DGS reconnaît que c'est la définition de politiques de santé publique aux objectifs clairs et stratégiques, respectant les compétences propres des agences et utilisant leur expertise, qui peut donner toute sa légitimité à son intervention. Pourtant, l'expression du message stratégique de la DGS est encore embryonnaire et fait courir à la direction le risque d'une marginalisation vis-à-vis des agences.

1. La définition d'une stratégie

La DGS n'a pas proposé la restructuration des organismes de droit public participant à la veille sanitaire, comme le prévoyait la loi du 1er juillet 1998. Le rapport sur ce sujet aurait dû être remis au Parlement un an après la promulgation de la loi. La DGS justifie cette carence par les délais de mise en place de l'InVS, la modification du paysage institutionnel avec la création annoncée de l'agence de sécurité sanitaire environnementale et les procédures déjà engagées pour instaurer le réseau de veille souhaité par le législateur. Ces raisons ne peuvent être ignorées ; néanmoins, la préparation d'un rapport aurait permis, outre le respect des dispositions de la loi, une réflexion plus globale et prospective sur la situation des organismes de veille sanitaire.

L'insuffisance de vision stratégique se traduit également par un moindre recours aux lettres de mission comme par la lenteur du rythme d'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens. Les lettres de mission ministérielles précisent les objectifs attendus à moyen terme de la structure. L'AFS, l'OPRI et l'EFG en ont reçu une lors de leur création. En revanche, les agences plus récemment mises en place n'en ont pas été destinataires, ou seulement tardivement (par exemple, l'InVS l'a reçue le 28 avril 2000). La présence du ministre lors du premier conseil d'administration, comme à l'AFSSA, témoigne, certes, de l'importance que la tutelle accorde à ces organismes ; elle ne saurait pallier le caractère écrit, structuré, prévisionnel et, si

nécessaire, coordonné entre les tutelles, d'une lettre de mission.

Les contrats d'objectifs et de moyens fixent pour une période pluriannuelle, les objectifs détaillés d'un établissement et les moyens dont il disposera à partir d'un constat partagé entre lui-même et la tutelle de ses forces et faiblesses. Ils précisent également les modalités de suivi des résultats. Cette procédure de type contractuelle est essentielle pour la DGS ; elle lui permet de définir en commun des objectifs conformes à la politique de santé publique définie par le ministère et de pallier le défaut de base légale du choix d'une tutelle stratégique. Pourtant, l'EFG est la seule agence sanitaire pour laquelle un contrat d'objectifs et de moyens ait été signé jusqu'à présent. Celui-ci a été approuvé par le conseil d'administration du 9 décembre 1999 ; il est donc trop tôt pour apprécier le bien fondé des espoirs mis dans cette procédure pour améliorer les relations avec la tutelle. En revanche, cette démarche apparaît d'ores et déjà comme un outil utile de réflexion à moyen terme pour hiérarchiser des priorités dans les missions et renforcer la cohérences des organismes tant en interne qu'à l'égard des partenaires extérieurs.

Sans vision d'ensemble du rôle et de la place à donner aux agences dans la politique qu'elle conduit, la DGS risque de voir sa sphère de compétence se restreindre.

2. Les risques d'une absence de stratégie

L'exemple des relations avec l'INSERM est significatif à cet égard. La tutelle que la DGS exerce sur cet établissement public s'est très largement affaiblie au profit de celle du ministère en charge de la recherche. Bien que le DGS, ainsi que le directeur de l'AFSSAPS, soient membres de droit du conseil d'administration, les relations avec l'INSERM ne s'inscrivent plus dans une stratégie globale mais sont circonscrites à des demandes d'études ponctuelles ou à la participation à des travaux engagés par l'institut. Cet éloignement de l'INSERM de la sphère de la santé publique prend un relief particulier au moment où la mise en place des agences sanitaires et notamment de l'InVS aurait dû conduire la DGS à resserrer ses liens avec lui.

Par ailleurs, les conseils scientifiques dont chaque agence sanitaire est dotée, viennent, dans une certaine mesure, en concurrence avec la DGS pour l'exercice de sa tutelle stratégique. Ces structures ont pour mission de veiller à la cohérence de la politique scientifique de l'établissement public. Elles ont, certes, un rôle consultatif, toutefois la compétence de leurs membres peut leur donner un rôle décisif dans la conduite des activités des agences. La présence croisées des présidents de conseils scientifiques aux conseils des autres agences prévues par la loi du 1er juillet 1998 renforce la capacité de ces instances à procéder à la coordination des travaux.

La DGS participe aux réunions de certains conseils scientifiques où elle est membre de droit ou invitée. Cette présence lui donne la possibilité de réagir aux positions prises. Mais, plus généralement, la mission d'expertise, de conseil et de proposition des conseils scientifiques justifie que la DGS maintienne et développe ses propres réseaux d'experts.

Ce renforcement des compétences autour de la DGS comme la mise en œuvre de son nouvel organigramme sont les premières mesures indispensables à la création d'un contexte favorable à l'exercice d'une tutelle stratégique sur les agences. Elles doivent être complétés par l'utilisation de systèmes d'information, d'outils et de méthodes qui donneront à cette direction les moyens de veiller à la cohérence de l'action des agences avec la politique de santé publique conformément au décret relatif à l'organisation du ministère.

La multiplication de structures dotées d'une grande autonomie, de moyens humains et financiers conséquents, et développant des activités complémentaires à celles du ministère, présente en germe le risque d'une évolution centrifuge et mal maîtrisée. L'analyse théorique des problèmes et des solutions a été faite depuis plusieurs années par le ministère. La Cour sera particulièrement attentive à leurs conditions de mise en œuvre.

RECOMMANDATIONS

1. Préciser la répartition des rôles entre la DGS et la DAGPB pour exercer la tutelle prévue par les textes.

2. Elaborer des protocoles entre la tutelle (DGS et DAGPB) et les agences pour préciser la nature des informations et les procédures de transmission qui sont nécessaires aux directions du ministère pour leur

permettre d'assurer leur mission.

3. Demander à la DGS d'établir des documents de programmation et de bilan sur son activité afin d'améliorer la lisibilité externe de son action.

4. Accélérer le rythme d'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens afin que les différentes agences sanitaires en soient dotées.

5. Faire en sorte que toutes les agences soient membres permanents du comité national de la sécurité sanitaire.

Réponse

---

[92] Ou sous tutelle conjointe pour l'OPRI et l'AFSSA.

[93] A l'exception toutefois de l'AFSSAPS qui dispose de pouvoirs d'expertise et de décision qu'elle exerce au nom du ministre.

[94] Sauf l'établissement français du sang qui n'a pas été qualifié par le législateur.

[95] L'augmentation la plus importante est intervenue en 2000 avec la création de l'EFS qui intègre les effectifs des établissements de transfusion sanguine.

[96] L'EFS tire l'essentiel de ses ressources de la vente de produits sanguins.

[97] Budget primitif en fonctionnement et en investissement. Cette exceptionnelle augmentation intervenue entre 1999 et 2000 s'explique par le remplacement de l'AFS par l'EFS qui intègre l'ensemble des centres de transfusion sanguine.

[98] Somme des moyens de l'Etat dévolus à l'agrégat "politique de santé publique" et à l'agrégat "offre de soins" dans la loi de finances initiale de 2000.

[99] Le domaine du médicament vétérinaire est exclu de son champ.

Sommaire

Section II :
L'organisation régionale

Les pouvoirs publics ont mis en place, au cours des années quatre-vingt dix, différentes institutions régionales: URML en 1993, conférences régionales de santé, ARH et URCAM en 1996. Par la dynamique qu'elles entraînent tant dans le secteur hospitalier que dans la gestion du risque en médecine de ville, elles modifient progressivement le pilotage de la politique de santé et d'assurance maladie. Si le caractère national de cette politique a été réaffirmé par les principaux acteurs, l'échelon régional joue désormais un rôle d'impulsion et de coordination qui fait de ces institutions un véritable outil d'élaboration de priorités et d'actions régionales. Trois ans après la mise en place des ARH et des URCAM, tous les acteurs régionaux reconnaissent l'importance du niveau régional. Il apparaît comme un cadre pertinent, mais son organisation reste encore largement à définir.

Au cours des années précédentes, et cette année encore, la Cour a procédé au contrôle approfondi de certaines de ces institutions régionales. L'enquête sur laquelle est fondée cette section a porté sur les relations que ces institutions nouent entre elles, soit du fait des textes, soit du fait des pratiques qui se développent. Elle s'attache également à appréhender la place que peut occuper l'échelon régional par rapport aux autres niveaux, tant national que local. A partir d'entretiens effectués auprès des responsables régionaux dans deux régions, des questionnaires spécifiques à chaque institution régionale ont été élaborés et adressés à chacune d'elles dans 10 régions métropolitaines. Enfin, des contacts ont eu lieu avec les responsables nationaux. L'enquête a porté sur trois aspects : l'organisation et les champs de compétence, les priorités de santé publique, les études.

I - L'organisation et les champs de compétence

Les ordonnances de 1996 ont créé au niveau régional deux nouvelles institutions, les ARH, pour l'hôpital, les URCAM, pour les soins de ville. Leur mise en place s'est effectuée dans de bonnes conditions, à l'exception, pour les URCAM, de deux régions, Languedoc-Roussillon et surtout Pays de la Loire où les CPAM auraient été lentes à s'intégrer au nouveau dispositif. Bien que les ordonnances n'aient pas prévu que les CRAM soient membres des URCAM, alors qu'elles le sont des ARH, elles sont partout associées à leurs travaux dans le cadre du comité technique qui réunit les directeurs. Les problèmes que rencontrent ces deux organismes sont toutefois de nature très différente.

A - Les ARH

Autour du directeur nommé en conseil des ministres, les ARH réunissent, à parité, les représentants des services déconcentrés de l'Etat, d'un côté, et le directeur de la CRAM, le médecin chef de l'échelon régional du service médical du régime général et les directeurs de l'URCAM et des différentes caisses d'assurance maladie, de l'autre. L'équipe propre est extrêmement réduite, de 8 à 13 ou 14 personnes avec le directeur. Cependant, conformément aux conventions constitutives des GIE, l'ARH dispose d'un effectif très important d'agents mis à disposition, dans des proportions voisines, par les services de l'Etat (DRASS et DDASS) et par les caisses d'assurance maladie, principalement CRAM et services médicaux. Dans l'échantillon de l'enquête, l'effectif temps plein total théorique varie d'une cinquantaine de personnes dans les plus petites ARH (Haute- Normandie) à plus de 130 personnes en Provence-Alpes-Côte-d'Azur. La moitié des ARH interrogées juge cet effectif insuffisant, les autres portent un jugement plus circonstancié, et estiment que le problème réside moins dans le nombre que dans la disponibilité effective des agents.

Dans l'attente des contrôles des ARH et des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales que la Cour doit effectuer, il ne lui est pas possible actuellement de porter un jugement sur l'appréciation des directeurs d'ARH quant aux effectifs mis à leur disposition.

Il conviendrait que le ministère mette en place un dispositif de suivi et d'évaluation des conventions permettant de juger des effectifs dont disposent réellement les ARH.

B - Les DRASS et les DDASS

Certaines DRASS, comme en Aquitaine et en Bretagne, ont regroupé les agents mis à disposition des ARH au sein d'un service clairement identifié. Mais, trois sur quatre disent ne pas avoir modifié leur organisation à la suite de la création des ARH ni jugé utile un tel regroupement. En outre, les contraintes de personnel font que les inspecteurs et les médecins inspecteurs assurent parfois des tâches à la fois pour l'ARH et pour la DRASS, par exemple le suivi d'établissements hospitaliers et d'établissement médico-sociaux pour personnes âgées. Les directeurs régionaux sont unanimes à refuser tout transfert des personnes mises à disposition de l'ARH à celle-ci. Les raisons évoquées sont la synergie qui existe entre l'hôpital et le médico-social. Mais les réserves émises lors de la création des ARH restent parfois vives, comme en Rhône-Alpes, et peuvent expliquer la non réorganisation des DRASS.

Les DRASS assurent pour les ARH les missions qu'elles effectuaient auparavant dans le cadre de leurs compétences : suivi de la dotation régionale limitative, préparation des décisions d'autorisation, suivi du PMSI, suivi des effectifs de médecins hospitaliers, secrétariat du CROSS sanitaire, participation à l'élaboration et à la mise en oeuvre du SROS et du plan de contrôle de l'ARH. Si, dans l'ensemble, les ARH jugent le personnel des services de l'Etat plutôt efficace, elles ont aussi tendance à ne pas le trouver

"suffisamment disponible". Le fait que ces personnels soient partagés entre les directives qu'ils reçoivent de l'ARH et leur subordination directe au directeur régional ou départemental des affaires sanitaires et sociales n'est pas de nature à leur faciliter la tâche. Lorsque les relations entre les responsables sont médiocres, l'organisation du travail et l'efficacité des personnels en subissent inévitablement les conséquences. Enfin, le nombre important de postes non pourvus dans les services déconcentrés et la montée en puissance des missions liées à la loi sur l'exclusion ne peuvent que creuser l'écart entre le nombre théorique d'équivalents temps plein mis à disposition des ARH et la réalité des effectifs disponibles.

Alors que jusqu'ici, il n'avait donné aucune orientation aux directions régionales et départementales quant aux conséquences à tirer, dans leur organisation, des conventions passées avec les ARH, le ministère s'apprête à restructurer en profondeur ses services déconcentrés en liaison avec la réorganisation de l'administration centrale[100]. D'une part, les établissements médico-sociaux pour personnes âgées seraient transférées aux ARH -en même temps qu'ils relèveraient de la direction de l'organisation des soins qui remplacera la direction des hôpitaux-, d'autre part, les services déconcentrés seraient organisés à l'avenir autour de deux piliers, un pilier médical et un pilier social, dont il faudra bien entendu assurer la coordination Par ailleurs, des expériences sont en cours pour fusionner les DRASS avec les DDASS du chef lieu de région afin de disposer au niveau de la région d'un effectif plus important permettant une meilleure répartition des tâches. Ces évolutions vont dans le bon sens. Un redéploiement des moyens humains n'en demeure pas moins indispensable.

Compte tenu de l'importance prise par les tâches d'animation des réseaux partenaires et des groupes de travail mis en place avec l'URCAM, tâches que seuls les médecins et les inspecteurs peuvent effectuer, tout en maintenant distinct le contrôle de légalité, les agents des services du Trésor public, qui disposent d'une bonne pratique et d'une bonne connaissance des comptabilités hospitalières, pourraient être sollicités de façon plus permanente pour assurer le suivi budgétaire et financier des établissements, soit dans le cadre juridique actuel soit par détachement auprès de l'ARH.

C – Les CRAM

Le concours des caisses d'assurance maladie aux travaux des ARH semble poser moins de problème A la différence des DRASS, les CRAM comme l'échelon régional du service médical ont vu paradoxalement leur rôle valorisé avec la création des ARH. Partenaires de plein droit de celles-ci, les CRAM participent aux décisions relatives aussi bien à l'hospitalisation publique qu'aux établissements privés. S'appuyant sur une expertise reconnue dans le domaine des budgets hospitaliers et de la tarification des cliniques, elles peuvent faire valoir leur point de vue dans les décisions à égalité avec les services de l'Etat. Une collaboration plus étroite a pu ainsi s'installer. Leur jugement sur la création de l'ARH est donc dans l'ensemble positif. Toutefois, une certaine perplexité apparaît dans les réponses adressées aux questions de la Cour : l'organisation mise en place est jugée lourde et sa légitimité incertaine -les présidents des caisses n'y siègent pas. Les CRAM participent aux ARH et juridiquement ne participent pas aux URCAM, même si de fait elles y participent parfois. On peut s'interroger aujourd'hui sur cette situation.

D - L'URCAM

La création des URCAM organise une collaboration entre les différents régimes d'assurance maladie qui était presque partout engagée. Dans neuf des douze régions de l'enquête, une coordination entre les régimes l'avait précédée. Les URCAM sont des structures légères. Les effectifs varient de 6 à 14 agents (y compris le directeur) en fonction du nombre d'organismes adhérents. En outre, l'URCAM dispose du concours de l'échelon régional du service médical du régime général et coordonne l'action des autres services médicaux. Les modalités en sont fixées par convention. Les différences entre le contour des circonscriptions des caisses et celui des régions administratives constituent un facteur de lourdeur pour les caisses concernées, mais ne nuit pas au bon fonctionnement du système. Les rectifications de frontières entre caisses demeurent néanmoins souhaitables.

A la différence de l'ARH qui, à travers l'allocation des moyens budgétaires, peut infléchir l'organisation des soins hospitaliers, l'URCAM n'a pas de véritables moyens d'action pour exercer une pleine responsabilité en matière de gestion du risque et agir sur l'offre de soins ambulatoires. La loi de financement 2000, qui donne aux caisses d'assurance maladie des moyens nouveaux, notamment de contractualisation, amorce une

évolution possible. Mais il est encore trop tôt pour en juger.

Les trois principaux régimes ont réagi différemment à la création des URCAM. L'URCAM a été vue à l'origine comme une institution inter-régimes en même temps qu'une forme de coordination interne au régime général. Cette ambiguïté a conduit à confondre deux types de préoccupations de nature différente, les unes relatives à l'intérêt d'un échelon régional chargé de la gestion du risque, les autres à l'opportunité, pour le régime général, de disposer d'un échelon régional unique.

Les régimes indépendants et agricoles n'ont pas eu de difficultés à se positionner. Le service médical y est intégré à la caisse et sous l'autorité hiérarchique du directeur. De plus, le premier est, avec les CMR, organisé depuis longtemps à l'échelon régional, et le second, après avoir créé une association régionale de MSA pour fédérer les caisses de base, a entrepris de se réorganiser, voire, dans les régions à faible population agricole, de regrouper les caisses locales en une caisse unique, sur une base régionale.

Par rapport aux différents groupes de travail, études et programmes mis en place dans le cadre du plan régional d'assurance maladie, la MSA et la CANAM ont développé une approche différente tenant compte de l'importance de la population couverte et de leur savoir faire: la MSA cherche à faire valoir sa spécificité rurale et son expertise en matière d'établissement de proximité, mais en même temps, la majorité des associations régionales interrogées disent vouloir être présentes sur l'ensemble des dossiers pour ne pas être identifiées au seul domaine rural. La CANAM entend préserver sa spécificité en matière de contrôle des actes inscrits à la nomenclature, notamment de spécialités, et concentrer ses faibles moyens sur les priorités nationales inter-régimes en évitant les redondances et en réduisant sa participation aux réunions institutionnelles "au minimum strictement indispensable à la réalisation d'un objectif concret" (circulaire CANAM du 28 juin 1999).

Le régime général éprouve des difficultés à positionner correctement les trois types d'organismes indépendants les uns des autres qui existent dans une circonscription régionale: le service médical, le seul à être doté d'un échelon hiérarchique régional, les CPAM organisées au niveau départemental, et la CRAM, organisme régional notamment compétent pour l'hôpital et les cliniques privées mais qui n'est pas membre à part entière de l'URCAM. Faute d'avoir levé l'ambiguïté initiale, et ayant même réaffirmé dans la circulaire inter-régime du 24 mars 1999 le rôle traditionnel des CRAM, il n'a pas saisi l'occasion de la création des URCAM pour restructurer son réseau. Plusieurs directeurs d'URCAM disent ne pas bénéficier de tout le soutien politique et technique qu'ils sont en droit d'attendre de la CNAMTS pour s'imposer comme un organe régional de coordination de l'assurance maladie.

Lorsque des difficultés ont surgi dans la mise en place des URCAM, elles se sont produites avec les CPAM et non avec les caisses de non-salariés, alors même que le régime général occupe la quasi totalité des postes de présidents et de directeurs des URCAM (respectivement 20 sur 22 et 19 sur 22). La Cour regrette que les orientations retenues dans le projet 2000–2003 de la CNAMTS, qui propose de contractualiser avec les unions régionales dans les mêmes conditions qu'avec les CPAM et les CRAM, prolongent cette ambiguïté au lieu de la réduire. Ces orientations ne peuvent que conforter l'impression parfois ressentie par les interlocuteurs des autres régimes que le régime général traite les URCAM comme une de ses composantes tout en ne leur donnant pas suffisamment d'instruments réels d'action.

La Cour prend acte de la réponse de la CNAMTS jointe à ce rapport selon laquelle les contrats passés avec les URCAM sont négociés et signés par les trois caisses nationales (CNAMTS, CANAM, CCMSA).

En tout état de cause, le problème de la représentation du régime général au sein des URCAM se pose : car, en ce qui concerne la gestion du risque, trois organismes sont concernés, les CRAM, les 129 CPAM –ce qui offre le risque d'un émiettement[101]-, et les échelons régionaux du service médical.

La Cour considère qu'il serait de l'intérêt du régime général de disposer d'un niveau régional unique, responsable, pour ce qui le concerne, de l'ensemble de la gestion du risque, à la fois ambulatoire et hospitalier.

E - Les URML

Face aux ARH et aux URCAM, les unions régionales de médecins libéraux (URML) occupent une place encore mal définie. Elles souffrent incontestablement de n'appartenir ni aux unes ni aux autres. Les

responsables qui ont répondu à l'enquête de la Cour portent néanmoins un jugement plutôt positif sur ces institutions, assez éloignées des débats suscités au niveau national lors de leur mise en place. La création des ARH et des URCAM a permis de nouer des relations, ou de les renforcer dans les quelques régions où elles existaient, comme en Alsace, en Bourgogne ou en Rhône-Alpes. Toutefois, les relations avec l'ARH sont qualifiées de "distantes" mais "courtoises", et l'ARH est jugée encore trop exclusivement centrée sur l'hôpital public ; mais une évolution devrait se faire jour avec l'intégration des cliniques privées dans le champ de l'ARH. Si elles sont plus naturelles avec les URCAM, elles sont jugées "trop assurance maladie" et pas assez médicales. Le fait d'avoir été consulté ou même seulement informé par les URCAM sur le PRAM est plutôt bien apprécié. Les groupes de travail mis en place avec les URCAM et les ARH, notamment sur le thème ville-hôpital, devraient permettre d'aller plus loin et contribuer à créer des habitudes de travail en commun.

II - Les priorités régionales de santé publique et d'assurance maladie

L'obligation faite aux ARH et aux URCAM de définir des priorités de santé constitue l'une des innovations majeures du cadre mis en place par les ordonnances de 1996. Elles complètent celles élaborées par la conférence régionale de santé (sur ces conférences, cf. chapitre précédent, *supra*, p. 227). Toutes ces institutions se sont attachées à élaborer et à faire approuver par les organes de décision des objectifs prioritaires dans des délais relativement courts. Mais chaque institution s'est inscrite dans sa logique propre.

A – Les priorités définies par les ARH

Les priorités définies par les ARH sont étroitement conditionnées par leur champ -l'hôpital-, leur mission -répartir entre les établissements la dotation régionale allouée par le ministère- et par le cadre de planification que constituent les SROS. Elles prennent la forme d'actions particulières mises en œuvre par les hôpitaux et pour lesquelles l'ARH réserve une enveloppe spécifique. Celle-ci constitue la marge régionale. Toutefois, outre la faiblesse de son montant, qui excède rarement 0,5 à 0,6 % de la dotation hospitalière régionale, elle sert à financer à la fois des priorités proprement régionales -prise en compte des priorités des conférences régionales, telles que les soins palliatifs, la douleur…- et la déclinaison régionale d'objectifs nationaux -urgences, cancer, maladies nosocomiales…-. Ces priorités donnent lieu à une contractualisation avec les établissements, mais la mise en œuvre de cette dernière a été ralentie par l'élaboration des SROS.

Les ARH n'ont pas systématiquement cherché à se rapprocher des autres institutions avant d'arrêter leurs priorités. Ce rapprochement se trouve réalisé de fait par la participation à la commission exécutive de l'ARH, des DRASS, qui gèrent la conférence régionale de santé, d'un côté et de l'URCAM, de la CRAM et des autres régimes pour l'assurance maladie de l'autre et par la transmission à l'ARH, prévue par les textes, des priorités dégagées par les conférences régionales de santé et de celles arrêtées par les URCAM dans le cadre du plan régional de l'assurance maladie (PRAM). La moitié des ARH interrogées ne vont pas au delà et déclarent "ne pas tenir compte" des priorités des conférences et des URCAM. Cette position peut s'entendre comme la revendication d'un partage clair des compétences sur l'hôpital et les soins ambulatoires. C'est celle que défend le directeur de Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), qui considère que le fait que la CRAM élabore ses propres priorités hospitalières -dans le cadre du PRH évoqué ci dessous- est une source d'ambiguïté qu'il souhaite voir disparaître : "il ne doit y avoir qu'un seul programme hospitalier, celui de l'ARH", ce qui n'exclut pas une collaboration étroite avec l'URCAM.

Toutefois, le débat autour du statut du programme régional hospitalier (PRH) traduit moins une divergence de fond quant aux priorités, que la volonté des régimes d'assurance maladie de formaliser les objectifs et les actions que l'assurance maladie souhaite faire prendre en compte par les ARH, voire à pousser celles-ci à préciser davantage leur programme de travail. Le bilan des priorités inscrites dans les SROS de deuxième génération, dressé par la CNAMTS n'apparaît pas différent de celui qui ressort de la lecture des PRH. La CNAMTS "regrette que l'aspect relativement général et qualitatif des recommandations contenues dans les SROS ne soit pas à même d'orienter de manière précise l'évolution de l'offre de soins dans les cinq années à venir"[102], mais, le même reproche peut être fait aux PRH. Cinq priorités dominent : urgence, périnatalité (imposées par la circulaire nationale sur les SROS), cancer, maladies cardiaques et soins de suite et de réadaptation.

B - Les Priorités définies par les URCAM

Les URCAM ont, après leur mise en place, élaboré un "programme régional d'actions de gestion du risque" devenu depuis "plan régional de l'assurance maladie" (PRAM). Une circulaire inter-régimes, en date du 24 mars 1999, précisant celle du 28 avril de l'année précédente, en fixe le cadre. Ce plan, conçu en triannuel glissant, est voté chaque année par le conseil d'administration de l'URCAM après avis de la conférence des présidents des caisses membres de l'union. Il "fixe les orientations de l'assurance maladie au niveau régional, qu'il conviendra ensuite de décliner dans un programme régional de travail (PRT). Il intègre les priorités inter-régimes définies par les trois caisses nationales. Il comporte l'ensemble des thèmes d'intervention proposés par le comité technique de l'URCAM". Ce plan intègre un volet hospitalier, le PRH élaboré par le directeur de la CRAM qui en informe l'ARH avant de le faire adopter par le conseil d'administration de la CRAM. Toutes les URCAM interrogées indiquent avoir arrêté leur PRAM après concertation, mais non avis, avec les ARH et les CRAM.

Ces modalités répondent à l'ambition affichée par les trois caisses nationales pour qui "l'URCAM est la seule institution régionale ayant vocation à appréhender globalement l'offre de soins de ville et l'offre hospitalière (..) et à garantir l'unité de vue de l'assurance maladie sur les questions relatives à la coordination ville-hôpital", ce qui lui confère "une compétence propre en matière de filières et de réseaux de soins" (circulaire précitée). Cette formulation est ambiguë et justifie la réaction des ARH. Ni les ARH ni les URCAM ne peuvent prétendre à elles seules appréhender globalement l'ensemble de l'offre de soins, comme le montrent, dans la pratique, les groupes de travail communs mis en place sur le thème ville–hôpital.

Les PRAM, dont la présentation est très hétérogène, comportent des actions qui répondent aux priorités nationales et d'autres purement régionales. Les URCAM ont été informées des priorités nationales pour l'an 2000 par une circulaire inter-régimes, en date du 30 septembre 1999. Celle-ci retient deux programmes de santé publique -prise en charge des lombalgies chroniques et du cancer du sein-, deux enquêtes, sur la chirurgie ambulatoire et sur le médicament (à choisir sur une liste de thèmes), des projets optionnels, maintien à domicile des malades ou deuxième enquête médicament, enfin, deux thèmes à étudier pour une programmation ultérieure, urgences et maladie de Parkinson[103]. Ces priorités sont reprises dans les PRAM examinés à l'exception des lombalgies et de la chirurgie ambulatoire en Languedoc-Roussillon et de cette dernière en région PACA. Parmi les priorités régionales, certaines se retrouvent souvent -santé des jeunes, accès aux soins, gérontologie- d'autres sont propres à certaines régions -accidents iatrogènes en Alsace, psychiatrie en Auvergne, éducation du patient en Bourgogne, asthme en région Centre, périnatalité en Languedoc-Roussillon, environnement des soins en Pays de la Loire, …- Les PRAM ayant été très souvent préparés à partir des programmes élaborés par les caisses de base, les divergences ont été limitées à quelques cas pour lesquels les directeurs d'URCAM ont demandé des rectifications finalement acceptées par les intéressés.

Les PRH, outre la reprise des priorités nationales, notamment celles relatives à la chirurgie ambulatoire, comportent souvent une dimension institutionnelle avec la mise en place d'outils d'analyse et de gestion des établissements et de suivi des recettes.

Cette politique de gestion du risque marque une évolution importante du rôle des services médicaux de l'assurance maladie, plus habitués jusqu'ici au contrôle de la conformité des actes médicaux aux nomenclatures et aux référentiels opposables qu'à l'évaluation et à l'analyse des pratiques collectives des professionnels. Si l'ensemble des régimes ont admis cette évolution, la CANAM entend maintenir l'activité de contrôle -que les médecins conseils du régime pratiquent traditionnellement de façon plus sévère que dans les autres régimes-. Elle a ainsi demandé aux CMR de réserver d'abord les moyens du service médical au contrôle de la mise en œuvre des priorités inter-régimes (circulaire du 28 juin 1999). Cependant, cette divergence traduit moins une différence d'approche que d'horizon temporel en matière de maîtrise des dépenses de santé. L'action sur les pratiques collectives et les comportements ne donnera tous ses fruits qu'à moyen terme.

La relation ville-hôpital constitue un aspect important des PRAM. Elle constitue le point de contact entre l'assurance maladie et les ARH. Toutefois, le peu de travaux méthodologiques développés sur ce sujet et l'absence de système d'information expliquent, pour la CNAMTS, le fait qu'elle apparaisse plus comme un thème d'étude que comme un ensemble d'actions bien définies. Le fait que les SROS de deuxième génération aient été élaborés avant même que ces travaux aient abouti était inévitable dès lors que les pouvoirs publics souhaitaient disposer d'un document d'orientation opposable pour relancer les restructurations hospitalières. Le programme de travail des ARH devra tenir compte des résultats de ces travaux et la CNAMTS considère qu'une coordination nationale pourrait être nécessaire.

C - Les priorités dégagées par les jurys des conférences régionales de santé

Les priorités dégagées par les jurys des conférences régionales de santé diffèrent profondément de celles des ARH et des URCAM. Aucune ne concerne l'offre de soins ni la régulation des dépenses, et peu de pathologies entrent dans les priorités, à l'exception du cancer et, dans quelques régions, des maladies cardio-vasculaires. Les jurys mettent tous en avant les comportements qui agissent sur la santé. Dans toutes les régions, on retrouve les mêmes thèmes : santé des jeunes, suicide, alcoolisme, précarité et accès aux soins des démunis.

Pour définir ces priorités, un certain nombre de jurys se sont placés du point de vue de l'usager. Mais cette position reste minoritaire. D'ailleurs, ce n'est que dans un cas sur deux qu'elles découlent des débats des conférences régionales. Le rôle des jurys apparaît donc essentiel. Ceux-ci estiment avoir pu travailler en toute indépendance, tout en bénéficiant du support logistique de la DRASS. S'agissant des états généraux de la santé, à l'occasion desquels des citoyens étaient appelés à s'exprimer directement, les jurys consultés se partagent à peu près également entre ceux qui les considèrent complémentaires des conférences et ceux qui y voient une redondance. Les présidents de jurys sont assez unanimes à considérer que les conférences régionales de santé conduisent à accorder une attention plus grande à "la prise en charge de la dimension sociale de la santé" et à "certaines populations particulières".

Les réponses à la question de savoir "si les travaux de la conférence régionale de santé ont ou non modifié l'approche des problèmes de santé" des différents responsables et des praticiens sont d'ailleurs nuancées. La réponse des jurys est majoritairement positive pour les DRASS et les caisses d'assurance maladie. Elle est plus réservée en ce qui concerne les médecins et les professionnels de santé. Il faut noter que quelques ARH ont traduit la lutte contre l'alcoolisme en mesures spécifiques dans le cadre de l'allocation des moyens -en crédits et personnels- aux hôpitaux, mais le cas est loin d'être aussi fréquent que dans les priorités retenues par les jurys.

La mise en place effective des comités régionaux de politique de santé (CRPS), créés par la loi du 29 juillet 1998, devrait permettre de renforcer la concertation entre les conférences régionales de santé et les services de l'Etat, et d'assurer le suivi et l'évaluation des programmes régionaux de santé qui en découlent.

Les institutions régionales constituent un ensemble complexe qui reflète l'organisation du système national de santé et d'assurance maladie autour de deux logiques, une logique de gestion publique hospitalière d'un côté, une logique d'assurance maladie, de l'autre. Les ordonnances ont eu pour objectif d'amorcer des rapprochements sans remettre en cause cette dualité. De fait, l'originalité de la démarche régionale réside dans la "création d'un espace commun de débat" pour reprendre ici le jugement du président du jury de la conférence régionale de santé de Rhône-Alpes. Les procédures qui obligent ARH, URCAM et conférences régionales de santé à débattre conduisent les uns et les autres à sortir d'une approche par trop centrée sur l'allocation des ressources de leur secteur et à réinsérer la prévention dans une démarche globale d'appréhension de la santé. De ce point de vue, la région est bien un espace pertinent de débat mais aussi d'actions sans que cela implique l'unicité des acteurs.

III – La Coordination régionale des études

La coordination des études, si elle est ressentie de façon assez générale comme une nécessité, soulève de nombreuses difficultés. D'abord parce qu'il n'existe pas de lieu ni de responsable clairement identifié en charge d'une telle coordination, ensuite parce que la définition même des thèmes d'étude pose problème. Les observatoires régionaux de la santé (ORS) sont désormais des interlocuteurs reconnus et appréciés mais leur rôle est limité et ne dépasse guère le constat de la situation sanitaire de la région, de l'offre de soins et de la démographie médicale. Ils ont tous apporté leur contribution, à tout le moins par la mise à disposition de leurs travaux habituels et, dans certains cas, par la conduite d'études *ad hoc*, pour les conférences régionales de santé comme pour l'établissement des SROS.

Toutefois, la place des ORS reste mal définie. Bien que l'ensemble des partenaires s'y retrouvent, nul ne les reconnaît comme un lieu possible de coordination des études ni même de définition d'un programme d'études. En dehors des DRASS qui considèrent très majoritairement que ce rôle revient au préfet, les ARH et les URCAM, tout en reconnaissant la nécessité d'une coordination, sont hésitantes quant à savoir qui doit en être le maître d'œuvre. En fait, les études restent étroitement liées à ces institutions qui ont en charge le financement, la régulation et l'organisation de l'offre de soins. Eventuellement, elles peuvent en sous-traiter la

réalisation à l'ORS.

Dans l'immédiat, il faudrait encourager davantage les échanges sur les systèmes d'information et les études et leur donner une large publicité de façon à éviter les redondances et à pouvoir pallier les lacunes les plus importantes.

Les études régionales attachent une grande attention aux inégalités de santé. Mais peu vont au-delà du simple constat. Alors que la maîtrise des dépenses de santé constitue un objectif majeur des politiques de santé et d'assurance maladie, les études causales sur les déterminants des dépenses de santé sont l'exception. Une seule URCAM, celle de la région Languedoc-Roussillon, dit avoir fait étudier les déterminants de l'accès aux soins notamment entre milieu urbain et milieu rural et mis en évidence le lieu et le rôle de l'implantation des spécialistes dans les différences de dépenses de soins.

L'approfondissement de ces domaines suppose des travaux méthodologiques qui relèvent sans doute du niveau central et notamment, pour ce qui concerne l'Etat, des services d'études et de recherche du ministère. Toutefois, les équipes de recherche en santé publique et en économie de la santé qui existent dans certaines régions, pourraient également être mises à contribution. Elles sont indispensables si on veut éviter des discours par trop abstraits sur la nécessaire réduction des inégalités dans l'accès aux soins en transformant la moyenne de dépenses constatée en objectif désiré.

IV - Un cadre reconnu qu'il faut consolider et aménager

Les ARH et les URCAM ont en quelques années d'existence pris leur place au sein des régions et affirmé l'existence d'un cadre régional qui n'avait guère de réalité jusqu'alors. La pertinence de celui-ci est reconnue par tous, même s'il n'est pas exclusif d'autres niveaux de coordination et de décision, national d'un coté, local de l'autre. Les responsables régionaux interrogés au cours de l'enquête sont unanimes à souhaiter une pose des réformes et une consolidation des acquis. L'effort doit porter sur les aménagements qu'appelle le renforcement de l'organisation de chacun des piliers, déjà évoqué.

Par ailleurs, la Cour juge qu'une réaffirmation de la mission de coordination inter-régimes de la gestion du risque des URCAM pourrait s'accompagner de la possibilité offerte à des médecins conseils d'accéder aux fonctions de directeur des unions.

A l'issue des groupes de travail ville-hôpital, des expérimentations, sur une base contractuelle, devraient être envisagées entre les ARH et les URCAM pouvant donner lieu éventuellement à des financements conjoints afin notamment d'expérimenter, au plan régional, une fongibilité entre les enveloppes sur la base de projets précis.

Enfin, le pilotage régional ne peut dispenser les acteurs nationaux, Etat et assurance maladie, de la définition d'une politique nationale. La politique de gestion du risque n'est qu'une composante de la politique de santé publique. Elle devrait se concevoir dans le cadre d'une définition claire et stable des priorités de santé et comporter trois volets : l'inclusion, en cours, dans le champ de l'ARH de l'ensemble des établissements ; l'articulation entre médecine de ville et hôpital avec la création d'un espace d'expérimentation ; enfin, le traitement intégré, ou pour le moins harmonisé, de l'hôpital et de la médecine de ville dans la gestion du risque.

RECOMMANDATIONS

1. Dans le cadre de la mise en œuvre des SROS, tenir compte des conclusions des travaux sur ville–hôpital. Plus généralement, prendre toutes mesures d'organisation, d'études et de programmation au niveau régional susceptibles d'atténuer la coupure entre soins de ville et hôpital.

2. Renforcer le recours aux agents du Trésor public pour les tâches de contrôle comptable des hôpitaux, sans exclure la possibilité de détachement auprès des ARH.

3. Réaffirmer la mission de coordination régionale inter-régimes de la gestion du risque des URCAM et

mettre en place un niveau régional unique responsable de la gestion du risque dans le régime général.

4. Ouvrir aux médecins conseils la possibilité d'accéder aux fonctions de directeur d'URCAM.

Réponse

---

[100] Ministère de l'emploi et de la solidarité, DAGPB, Vers une politique régionale intégrée de santé publique, décembre 1998, et propositions du groupe de travail sur les organisations de référence des DRASS-DDASS, janvier 2000.

[101] Cf. sur ce sujet le rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 1999.

[102] CNAMTS, Analyse des SROS de seconde génération, janvier 2 000, document interne.

[103] CNAMTS, Plan national inter-régimes de gestion du risque pour l'année 2000, circulaire du 30 septembre 1999.

Sommaire

Section III :
La connaissance des établissements de santé par les ARH

Depuis leur mise en place au début de l'année 1997, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont été amenées à approfondir progressivement leur connaissance des établissements de santé pour mener à bien les trois missions principales qui leur ont été confiées par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée : l'allocation des ressources, la planification et la contractualisation avec les établissements.

I – Le recueil de l'information sur les établissements de santé

A l'exception de quelques-unes, qui ont mis en place un suivi infra-annuel de l'activité, des effectifs ou des dépenses engagées, les agences n'ont pas cherché à ajouter un système supplémentaire de recueil de l'information à une production de données déjà abondante. En effet, le recueil en routine des données médico-économiques issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), des données administratives déclaratives contenues dans la statistique annuelle des établissements (SAE), en cours de refonte, les remontées ponctuelles d'information effectuées à la demande du ministère (sur les tensions budgétaires par exemple) et les documents obligatoirement produits par les établissements (comptes administratifs et retraitements comptables entrant dans le calcul du point ISA, budgets et rapports d'orientation budgétaire, bilans sociaux…) sont suffisants pour permettre aux ARH d'apprécier la situation des établissements de manière relativement précise dans la plupart des domaines : spécialisation de l'activité, lourdeur des cas pris en charge, aire de recrutement des patients, absentéisme et productivité du personnel, situation financière… L'élaboration d'indicateurs à partir de ces sources soit en routine, soit en vue d'un audit approfondi, est naturellement complétée par des visites dans les établissements, indispensables en ce qui concerne la sécurité et la qualité des soins.

En outre, l'analyse de gestion hospitalière nationale (AGHN) issue du rapprochement des données produites par la SAE et le PMSI, diffusée en ligne, permet aux agences comme aux établissements d'établir des comparaisons sur le plan national, ce qui est nécessaire s'agissant des établissements peu nombreux (CHU et centres de lutte contre le cancer), mais aussi lorsque le nombre régional d'établissements est trop restreint.

Malgré une certaine amélioration, des progrès restent à accomplir pour assurer la mise à disposition rapide des

ARH d'une information fiable, c'est-à-dire mise à jour dans des délais utiles s'agissant des fichiers d'établissement (FINESS et FNE) et, d'une façon générale, effectivement contrôlée par les DRASS, les DDASS et les CRAM. En effet, pour les données tant de la SAE que du PMSI, le contrôle de la qualité des données semble hétérogène d'une région à une autre et les délais de production de la SAE sont encore trop longs pour permettre une utilisation optimale de cet outil lors de la campagne budgétaire. Le rapprochement des différents structures et services chargés de la maîtrise d'œuvre des principales sources d'information utilisées par les ARH, qu'envisage actuellement le ministère, contribuerait sans doute à l'amélioration de la cohérence, de la qualité et de la rapidité de production des données.

II – L'exploitation de l'information par les ARH

Petit à petit, les ARH ont développé l'exploitation des sources d'information en fonction de leurs besoins et en l'absence de méthodologie nationale. D'abord centrés sur l'élaboration d'une méthode de répartition de la dotation régionale entre les établissements publics et privés participant au service public (établissements dits "sous dotation globale"), les travaux menés au sein des ARH se sont orientés à partir de 1998 vers la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, d'abord avec les cliniques privées, puis avec les établissements publics. A cette occasion, les agences ont beaucoup développé l'analyse de l'activité des établissements et de leur productivité mesurée à travers la valeur du point ISA ; l'analyse financière et le suivi des effectifs, en revanche, ont été plus inégalement approfondis.

La préparation de la réduction du temps de travail dans les établissements de santé et le suivi de l'application du protocole du 14 mars 2000 sur la modernisation du service public hospitalier devraient cependant conduire les agences à accentuer l'attention portée aux questions de personnel. De même, l'attribution récente aux ARH d'une compétence en matière de modulation des tarifs remboursés aux cliniques privées par l'assurance maladie devrait les amener à examiner plus précisément le fonctionnement de celles-ci (sur cette attribution, cf. chapitre II, *supra*, p. 89).

A - Une analyse de l'activité bien développée

La mise en place des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) au début de 1997 a suivi de quelques mois celle du recueil en routine des informations à caractère médico-économique produites par les services de court séjour des établissements de santé à travers le PMSI : les agences ont dès lors été dotées d'un outil capable, pour la première fois, de constituer une véritable aide à la décision en matière d'allocation budgétaire. La valeur du point ISA, calculée pour chaque établissement et publiée désormais chaque année dans l'annexe b au projet de loi de financement de la sécurité sociale, est en effet un indice de son coût unitaire ou, inversé, de sa productivité globale. En effet, cette valeur est obtenue en divisant les dépenses réalisées pour prendre en charge les patients admis en médecine, chirurgie ou obstétrique dans l'établissement par la production de l'établissement en court séjour (obtenue en valorisant, par l'échelle nationale de coûts relatifs, les séjours de l'établissement par groupes homogènes de malades).

Mais le PMSI ne se réduit pas à cette fonction. Rapidement, il est devenu un outil de dialogue entre les établissements et les agences, dans la procédure d'allocation des ressources bien sûr, mais également en matière de planification : analyse de l'activité des établissements en fonction des pathologies et de la lourdeur des cas à rapprocher des besoins de la population et des équipements autorisés, mesure des taux de fuite et d'attractivité par établissement et par spécialité à partir des données géocodées du PMSI… Plusieurs régions (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur) ont développé des outils d'analyse propres à partir des données du PMSI, mais aucune méthodologie n'a fait l'objet d'une procédure de validation au niveau national.

De nombreuses enquêtes spécifiques préparatoires à l'élaboration des SROS de deuxième génération ont ainsi intégré une analyse des données du PMSI (sur les SROS, cf. *infra*). Le chaînage des séjours déjà mis en œuvre dans le secteur privé et dont le principe vient d'être accepté par la CNIL dans le secteur public permettra lorsqu'il sera généralisé de suivre le parcours des patients dans le système hospitalier et donc le développement des réseaux, ce qui présentera un intérêt tout particulier pour les activités pour lesquelles le schéma régional d'organisation sanitaire prévoit une organisation graduée selon la spécialisation des plateaux techniques (cancérologie, périnatalité). Associé à la SAE, le PMSI est devenu un outil apprécié en matière de planification.

B - Une analyse de la gestion a approfondir

Si l'analyse de l'activité des établissements a été bien développée dans toutes les agences, l'analyse de la gestion des établissements n'a pas fait l'objet de travaux aussi approfondis dans l'ensemble des ARH.

Les données examinées à l'occasion de la campagne budgétaire varient beaucoup d'une agence à l'autre, essentiellement en fonction de deux critères : la part de l'enveloppe régionale attribuée en fonction de la productivité des établissements et la vision de l'autonomie de gestion des établissements développée par l'ARH. Alors que certaines établissent un dossier par établissement assez complet au moment de la campagne budgétaire, incluant de nombreux indicateurs d'activité, des ratios d'analyse financière et une analyse de la structure des coûts de l'établissement, d'autres se contentent d'une connaissance plus générale de la situation des établissements pour moduler les dotations attribuées chaque année, portant seulement une attention particulière aux établissements en difficulté.

La négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens est l'occasion pour les agences de programmer la réalisation d'audits financiers et médicaux. Mais un petit nombre d'entre elles seulement ont standardisé l'analyse conduisant à l'élaboration d'un diagnostic partagé par l'agence et l'établissement et précisé le niveau des engagements à moyen terme devant figurer dans les contrats.

Les ARH n'ont pas toutes développé de collaboration étroite avec les trésoreries-paieries générales de région pour effectuer une analyse financière des établissements publics, l'expertise des projets d'investissement ou le suivi des dépenses engagées des établissements en télégestion. Les agences auraient sans doute intérêt à développer ces partenariats, de même qu'avec les fédérations professionnelles représentant les cliniques privées, de manière à renforcer leur expertise dans l'analyse financière des établissements publics et privés.

L'analyse des bilans sociaux gagnerait également à être standardisée par les agences, de manière à pouvoir suivre efficacement la mise en œuvre des restructurations, des politiques concernant certaines catégories de personnel et de la réduction du temps de travail, la plupart des agences ne suivant pas l'évolution du GVT dans les établissements.

En matière de gestion, l'investissement très inégal des agences s'explique par la variété des contextes locaux – le suivi est plus précis pour les établissements dont les difficultés sont connues–, mais aussi en grande partie par les compétences des membres de l'agence, c'est-à-dire de l'assurance maladie (CRAM) et des services déconcentrés de l'Etat (DRASS et DDASS). Le retour d'information des ARH vers les établissements sur les questions de gestion est également moins développé, alors que l'ensemble des ARH se sont attachées à diffuser largement auprès des établissements les comparaisons et les analyses produites à l'occasion des campagnes budgétaires, de la révision des SROS et de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens. En effet, l'exploitation de l'information par les agences est davantage centrée sur la préparation des décisions que sur le suivi de leur exécution.

III – La coordination des travaux

Les agences doivent faire face à deux difficultés : l'information est fragmentée entre de multiples sources et systèmes dont la cohérence n'est pas assurée et les moyens techniques et humains mis à leur disposition ne leur permettent pas toujours de développer une expertise suffisante en matière de gestion.

Pour y répondre et à la demande des agences, le ministère a lancé à l'automne 1997 le projet *PARHTAGE*, concrétisation d'une partie du système commun d'information Etat-assurance maladie dont la création était déjà prévue par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Engagée depuis trois ans maintenant, la conduite du projet ne s'est pas limitée à l'établissement d'un cahier des charges en vue du déploiement d'une application informatique, mais a inclus des réflexions de fond sur le traitement de l'information. De fait, l'essentiel de la coordination des travaux menés par les agences est conçu dans le cadre du projet *PARHTAGE*, ce qui pose problème, d'abord parce que c'est un peu réducteur, ensuite parce que le projet progresse trop lentement.

A - Le projet PARTHAGE

Jugé très ambitieux par les agences, le projet *PARHTAGE* associe non seulement les agences et leurs membres (DRASS, DDASS, CRAM, ERSM[104]) d'une part, et l'administration centrale d'autre part, mais également les établissements publics et privés dans des groupes de travail qui comptent aujourd'hui quelque 90 personnes.

Recentré à la fin de 1998, le projet ne peut être mis en œuvre rapidement en raison de la diversité du profil des futurs utilisateurs de *PARHTAGE* et de l'absence de réflexion méthodologique préalable au niveau national sur les conditions d'exercice par les ARH de leurs missions.

En effet, *PARHTAGE* n'est pas seulement destiné à répondre à des requêtes croisées sur des bases de données directement accessibles, mais également à la production d'indicateurs en routine (dossier standard d'un établissement, tableaux de comparaison) et à la diffusion de l'information auprès des établissements de santé et du public. Outre les divergences de besoins exprimées par les agences et les établissements, les faiblesses techniques du ministère ont entravé la progression de ce projet informatique, auquel n'ont été affectés que des moyens restreints, tant sur le plan humain que financier.

En attendant la mise en œuvre de *PARHTAGE*, les agences se sont organisées de manière indépendante en fonction des compétences techniques et de la bonne volonté de leurs membres. Certaines agences ont rapidement ressenti un besoin de communication fort en direction des établissements de santé et du public et ont choisi de mettre en place un site Internet sans attendre la réalisation du projet national.

B - La mutualisation des expériences

Dans l'attente du déploiement de *PARHTAGE*, dont un premier module devrait être disponible en 2001, le ministère s'est efforcé d'améliorer l'information des ARH par un enrichissement du site Internet du PMSI (www.le-pmsi.fr) et par la transmission de données par CD-Rom. Mais la coordination des réflexions méthodologiques et l'organisation de la mutualisation des expériences sont restées peu développées et les agences ont, jusqu'à présent, peu tiré parti des discussions menées dans le cadre des groupes de travail *PARHTAGE*.

En l'absence d'une procédure d'évaluation des agences, le ministère n'a pas réalisé de bilans portant sur les méthodologies utilisées par les agences dans l'exercice de leurs missions. A titre d'exemple, les bilans de campagne budgétaire adressés par les agences au ministère ne permettent pas d'établir dans quelle mesure il est tenu compte du PMSI pour le calcul de la dotation accordée à chaque établissement. Tant en matière d'allocation des ressources que de planification ou de contractualisation, les recommandations élaborées par le ministère en collaboration avec les ARH restent très générales et portent principalement sur la nécessité de concertation entre les agences et les établissements de santé.

Travaillant également dans l'urgence, l'administration centrale du ministère n'exerce pas suffisamment la fonction de coordination des réflexions, de validation et de diffusion des initiatives, qui devrait être la sienne afin de faciliter la tâche des agences.

De son côté, la CNAMTS semble souhaiter s'impliquer davantage sur le plan méthodologique dans l'animation du réseau des CRAM et des ERSM, qui réalisent un travail important pour le compte des agences concernant les établissements publics comme privés.

Si les agences ont, dans l'ensemble et petit à petit, plutôt réussi à faire travailler ensemble régionalement les services de l'Etat et l'assurance maladie sur les questions hospitalières, la synergie reste limitée au niveau national et les divergences entre ARH fortes, comme en témoignent les débats sur l'utilisation des grilles d'évaluation comparative des structures et services hospitaliers élaborées par la CNAMTS. L'exercice de la tutelle gagnerait beaucoup à une meilleure coordination entre l'Etat et l'assurance maladie au niveau national, par exemple en matière de suivi des SROS et des contrats d'objectifs et de moyens.

RECOMMANDATIONS

1. Accélérer la mise à jour des fichiers d'établissements et la mise à disposition en région des informations soumises à une validation nationale (SAE, PMSI, AGHN) et développer au niveau régional le contrôle de qualité des données produites par les établissements, et mettre en place dès que possible le chaînage des

séjours décrits par le PMSI.

2. Améliorer la coordination et l'animation des travaux menés par les agences, et valider au niveau national les méthodes expérimentées avec succès en région.

3. Respecter le calendrier prévu pour le déploiement de PARHTAGE, si nécessaire en accroissant les moyens qui sont consacrés à ce projet et en privilégiant les besoins des ARH par rapport à ceux exprimés par les établissements de santé et l'administration centrale.

Réponse

---

[104] Echelon régional du service médical (médecins conseils de l'assurance maladie)

Sommaire

Section IV :
L'évolution des schémas régionaux d'organisation sanitaire

La première génération de SROS, élaborés par les préfets (en fait les DRASS), a couvert la période 1994-1998. La révision des schémas, engagée en mars 1998, a débouché sur les SROS dits de deuxième génération couvrant la période 1999-2004. Elle a été préparée par un comité national de pilotage placé auprès du directeur des hôpitaux en application d'un arrêté du 26 mars 1998 relatif au contenu des SROS et une circulaire du même jour.

Afin de préparer les SROS 2, les ARH ont d'abord établi un "document de cadrage" qui comportait notamment le bilan des SROS 1 et l'état des problèmes d'organisation et de fonctionnement des soins hospitaliers propres à la région. Ensuite, elles ont élaboré un "rapport d'orientations stratégiques" définissant les priorités retenues par le futur schéma. La troisième étape a consisté à élaborer les schémas qui ont tous été publiés au cours du deuxième semestre 1999.

La comparaison entre les SROS 1 et 2 révèle des évolutions dans l'approche des problèmes et dans le contenu même des schémas. Par ailleurs, la question se pose de la portée des SROS et de leur articulation avec les autres documents de programmation régionale en matière de santé.

I – Entre les deux générations de SROS : une approche renouvelée pour des objectifs identiques

Les deux générations de SROS ont été élaborées en application des textes issus de la loi de 1991. Dès lors, leur objectif essentiel est toujours de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins hospitaliers. Plus précisément, aux termes de l'article L. 712-3 du code de la santé publique, le SROS "détermine la répartition géographique des installations et activités de soins définies à l'article L. 712-2 qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population".

Les premiers SROS sont donc partis de l'offre hospitalière existante pour tenter d'en améliorer l'organisation à partir de quelques principes : le renforcement des équipes médicales et des moyens médico-techniques des hôpitaux de moyenne proximité, la structuration des établissements en réseaux avec plusieurs niveaux hiérarchisés de complexité. La graduation des moyens en trois niveaux (régional, pôle de référence au niveau du secteur sanitaire et établissement de proximité) a inspiré la plupart des décisions prises depuis 1994. Il s'agissait ainsi à la fois d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers par le maintien et la diffusion de soins hospitaliers courants sur des sites de proximité immédiate et de favoriser la sécurité et la qualité des soins. Enfin, la régulation des coûts était un objectif présent dans neuf SROS sur dix.

Par contre, la relation entre les besoins de santé et l'offre de soins n'y a trouvé qu'une place modeste en raison des difficultés méthodologiques et de l'absence de définition de ces besoins. Toutefois, certains SROS comportaient une analyse des données épidémiologiques de la région et la définition d'objectifs de santé.

Pour les SROS 2, la circulaire du 26 mars 1998 assignait aux schémas trois objectifs : l'amélioration de la prise en compte par l'offre hospitalière des besoins de santé, le développement de la complémentarité entre les différents segments de l'offre (médecine hospitalière, médecine de ville, prise en charge médico-sociale) et l'accélération de la recomposition du tissu hospitalier. Les principes d'action qui devaient guider la révision des schémas étaient notamment l'approche globale de la santé, le choix de quelques priorités, la recherche d'efficacité ainsi que le respect de l'autonomie des acteurs.

Les SROS 2 s'inscrivent, en effet, à la différence des premiers, dans un contexte caractérisé par l'émergence d'une politique de santé publique, prenant appui sur les travaux du haut comité de la santé publique et des conférences régionales et nationale de santé. Désormais, des priorités nationales de santé sont fixées par le rapport annexé à l'article 1er de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), tandis que l'expression régionale de certains des besoins de santé identifiés par les conférences régionales trouve sa place dans les programmes régionaux de santé (PRS)[105].

D'autre part, les SROS 2 ont été élaborés dans un contexte de régulation financière renforcé par la LFSS annuelle. Au-delà des instruments traditionnels de planification que sont les autorisations accordées sur la base de la carte sanitaire[106], l'allocation de ressources aux établissements, l'approbation des projets d'établissement et la négociation entre les établissements hospitaliers et les ARH des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens constituent autant d'instruments importants pour conduire le redéploiement hospitalier.

II - contenu plus qualitatif pour la deuxième génération

Les SROS 1 avaient un contenu plutôt quantitatif se traduisant essentiellement par la répartition géographique des installations et équipements matériels lourds. Pour aborder le sujet, ils avaient, dans tous les cas, privilégié la description de l'offre de soins (23 sur 25), puis l'analyse des flux de malades (21), la réduction des excédents de la carte sanitaire (14), les problèmes de santé (15). Parmi ceux-ci, ont émergé le cancer, les pathologies cardio-vasculaires et l'insuffisance rénale chronique, l'alcoolisme et le suicide, l'accidentologie.

L'examen des SROS 1 montre que la plus grande liberté avait été laissée aux DRASS pour concevoir et organiser le document, sous réserve de la présence de volets obligatoires et d'une annexe. Les volets prévus par l'arrêté du 31 mars 1992 devaient porter sur des disciplines ou des modes d'intervention (par exemple les urgences). Par ailleurs, l'annexe au schéma prévue par l'article L. 712-3-1 du code de la santé publique "élaborée selon la même procédure indique, compte tenu de la nature et de l'importance de l'ensemble de l'offre de soins existants au moment où il entre en vigueur, et des objectifs retenus par le schéma, les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations, des unités qui seraient nécessaires à sa réalisation. L'annexe est un document à caractère indicatif". Ainsi, alors que le schéma donnait les grandes orientations de la recomposition par discipline, par secteur sanitaire, l'annexe précisait, à titre indicatif, la localisation par établissement des opérations à conduire.

Par ailleurs, les DRASS avaient élaboré des référentiels régionaux d'organisation des soins, par exemple sur l'accessibilité, la gradation des niveaux de technicité des établissements, la qualité du service rendu. Il en était résulté une grande diversité selon les régions.

Dans le cadre des objectifs généraux ci-dessus rappelés, les SROS avaient privilégié au titre de la recomposition du tissu hospitalier : les urgences (22 régions), les équipements lourds et la réanimation (21), mais aussi l'obstétrique (19) et la chirurgie (17). S'agissant de la diffusion des soins hospitaliers courants sur des sites de proximité, les domaines privilégiés avaient concerné les soins généraux et les consultations avancées de spécialités dans presque toutes les régions, l'hébergement médicalisé des personnes âgées dans deux régions sur trois, le moyen séjour dans la moitié des régions, l'alcoologie dans trois régions sur dix et la réadaptation dans une région sur cinq.

Outre ces objectifs généraux, les SROS avaient retenu des priorités particulières qui peuvent être regroupées en trois catégories :

Les priorités particulières des SROS 1994-1998

Liées à la répartition géographique	*1. Accessibilité : 5* En termes de distance/temps, en région montagneuse, rééquilibrage centre/périphérie, variation saisonnière d'activité. *2. Equité : 2* Réduire les inégalités inter-régionales et infra régionales et répondre aux besoins des populations démunies
Liées à l'offre	*3. Réduire les excédents* : 2 *4. Adapter le dispositif de soins* - fonctionnement des urgences :1 - réseau de soins : 7 - approche quantitative par spécialités : 1 - diversification des modes de prise en charge *alternatives à l'hospitalisation : 3 *lien ville-hôpital : 1 *articulation sanitaire /médico-social/social : 3 - développement des complémentarités entre établissements : 4 - requalifier les lits : 1
Liées à des problématiques de santé	5. *Insuffisance rénale chronique* : 1 6. *Accidentologie* : 1 7. *Cancérologie* : 2 8. *Pathologies cardio-vasculaires* : 2 9. *Prévention et éducation pour la santé* : 2 10. *Personnes âgées* : 2

Source : données issues du document "Résultats de l'analyse des SROS" de la direction des hôpitaux (mai 1996).
Les nombres indiquent le nombre de régions ayant retenu la priorité.

Les SROS 2 ou schémas de seconde génération adoptent une approche plus orientée sur les besoins de santé de la population et se présentent davantage comme des documents d'orientations médicales que comme un catalogue de mesures à prendre. Dès lors, la planification prévue dans les SROS 2 a été un exercice de choix de priorités sous contrainte financière.

L'abrogation de l'arrêté de 1992 qui définissait un contenu obligatoire pour les SROS a permis aux ARH d'intégrer dans les schémas des priorités en relation avec les besoins locaux. Les SROS comportent ainsi différents volets intégrés ou autonomes correspondant, soit aux priorités régionales, soit aux priorités nationales, telles que les urgences et la périnatalité. Mais les SROS ne sont pas encore tous complets, des volets étant en cours d'élaboration dans certaines régions : ainsi, pour la chirurgie en Ile-de-France.

Par ailleurs, les annexes ont été rendues opposables par l'ordonnance hospitalière de 1996. Dans le cadre des réflexions préalables à la révision des SROS, la question s'était posée de la nécessité de prévoir dans des annexes l'organisation spatiale des activités hospitalières, en plus de la définition des grands problèmes de santé régionaux. On avait conclu que la répartition spatiale des activités et équipements dans le SROS était nécessaire pour en décliner les objectifs et aussi pour donner aux ARH un cadre à leurs décisions en matière d'autorisations. Mais les annexes devaient désormais se limiter aux opérations pour lesquelles la modalité envisagée (fusion, reconversion, etc) était incontestable et notamment quand les solutions contractuelles n'avaient pas abouti. L'idée d'opposabilité était comprise comme une forte incitation à entrer dans une démarche de négociation.

L'analyse des SROS 2 montre que les annexes opposables ont perdu leur caractère prospectif dans la mesure où, précisément, l'inscription d'une opération la rendrait opposable à l'établissement et risquerait de faire échouer des négociations en cours. Dès lors, les annexes, à l'exception de quatre SROS, ne présentent plus d'opérations portant sur des établissements explicitement nommés, mais mentionnent par secteur sanitaire et par discipline les moyens à regrouper, à supprimer ou à reconvertir dans les bassins de santé ou les villes.

Si cette évolution du contenu des SROS s'explique sans doute par le caractère opposable des annexes, elle résulte aussi du fait que les objectifs du SROS ne nécessitent pas forcément, pour leur mise en œuvre, des opérations de recomposition : la mise en place de nouvelles pratiques, des mutations internes aux établissements et la mise en réseau des acteurs de soins peuvent y concourir. Ainsi, l'organisation des soins en trois niveaux, par exemple pour la cancérologie (cf. sur ce point le chapitre suivant, *infra*, p. 283), avec un pôle régional de référence, des centres orientés cancérologie et des centres de proximité, ne nécessite pas toujours des opérations lourdes de restructuration.

La révision des SROS a pu s'appuyer sur des référentiels fixés au niveau national : ainsi, les décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 sur les urgences ont tracé les grandes lignes d'organisation et défini les normes de fonctionnement d'un dispositif dont les premières autorisations interviennent en 1999 ou 2000. Les schémas d'organisation des urgences hospitalières devaient d'ailleurs intervenir avant le 30 novembre 1998, date qui n'a été que rarement respectée. Par ailleurs, le décret du 9 octobre 1998 sur la sécurité périnatale a prévu la fermeture des établissements ne pouvant répondre aux nouvelles normes. Les autorisations relatives aux activités d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale devront intervenir au plus tard le 10 octobre 2000. En revanche, le décret relatif aux normes applicables à la réanimation n'est pas encore paru. Les ARH ont pu également, s'agissant des pratiques médicales, s'inspirer des référentiels produits par l'ANAES. A l'avenir, elles disposeront des référentiels d'organisation ou de processus qui résulteront de la démarche d'accréditation. Les ARH ont également pu concevoir des référentiels régionaux adaptés aux spécificités locales. Mais ils ne peuvent être opposés aux établissements dans le cadre de décisions d'autorisations.

Les priorités des SROS 1999-2004

Disciplines	MCO : 13 psychiatrie : 4 Soins de suite : 16	Chirurgie ambulatoire : 6 Alternatives à l'hospitalisation complète : 5
Thèmes	Urgences : 25 Périnatalité : 21 Réanimation : 4 Insuffisance rénale chronique : 11 Cardiologie : 17 Cancérologie : 24	Médecine interne : 1 Diabétologie : 2 Prévention/éducation santé : 4 Suicide : 3 Douleur : 9 Soins palliatifs : 9 Alcool/tabac : 5
Organisation	Accessibilité géographique : 9 Personnes âgées : 13 Jeunes : 1	Coordination des soins : 19 Gestion des risques : 4 Qualité des soins : 4 Technologies/communication : 4

Source : "La révision des SROS", direction des hôpitaux, novembre 1999.
Les nombres indiquent le nombre de SROS ayant retenu la priorité.

Les SROS 2 ont donc été recentrés sur des priorités régionales, ainsi que sur la prise en compte des priorités définies au niveau national, telles que la réorganisation de la périnatalité, des urgences et de la cancérologie. Par ailleurs, ils ont mis l'accent sur l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, en s'efforçant de concilier ces principes avec le maintien d'une offre de proximité pour les soins courants. Enfin, ils ont défini une offre adaptée à la prise en charge de besoins spécifiques, tels que les soins palliatifs, le traitement de la douleur, l'insuffisance rénale chronique et l'urgence. Sur ce dernier point, la majorité des SROS prévoient d'améliorer la prise en charge pré hospitalière et l'implication des médecins libéraux dans le dispositif de permanence des soins.

L'examen des priorités retenues par les SROS montre l'accent mis sur les malades et les pathologies :

III - La portée des SROS et Leur articulation avec les autres programmations régionales de santé

L'examen des SROS 1 et 2 révèle une continuité naturelle dans les objectifs. Mais ceux-ci sont désormais mieux reliés aux priorités régionales de santé, ce qui peut expliquer l'hétérogénéité des documents d'une

région à l'autre.

Les différences de tonalité s'expliquent aussi par le stade d'avancement différent, selon les régions, de la recomposition du tissu hospitalier. Ainsi, dans celles où les structures de médecine, chirurgie, obstétrique ont déjà été largement recomposées en application du SROS 1994-1998, les SROS révisés portent davantage sur la rationalisation d'activités plus spécialisées, telles que la cardiologie, la chirurgie orthopédique, l'insuffisance rénale chronique, etc.

La portée des SROS est difficile à qualifier. Ce sont avant tout des documents stratégiques dont les orientations guident l'action des ARH et influent sur le contenu des projets des établissements. Sur le plan juridique, ils ne sont opposables que pour autant qu'ils mettent en œuvre des normes et références prévues par des textes réglementaires. Comme indiqué, les annexes sont opposables mais, sauf exception, elles ne désignent pas explicitement les établissements concernés par les opérations. Lorsque les regroupements ou rapprochements sont prévus dans une aire géographique définie précisément, les établissements visés sont, certes, aisément identifiables. Même si le texte de l'annexe ne peut pas leur être juridiquement opposé, les établissements doivent cependant en tenir compte dans leurs projets.

Le SROS apparaît donc comme un cadre pour des actions dont la mise en œuvre passera par les allocations budgétaires, l'approbation des projets d'établissement et la négociation des contrats d'objectifs et de moyens. Il a le mérite de poser les problèmes clairement et de déterminer des orientations assez précises qui ont été arrêtées à l'issue d'un large débat associant les principaux acteurs concernés par la santé dans la région. Il s'est agi soit d'instances existantes, telles que les CROSS et les conférences sanitaires de secteur, soit d'instances spécifiques mises en place pour préparer le SROS. Toutefois, il reste à trouver, pour l'avenir, le moyen d'y associer plus étroitement les usagers des hôpitaux.

C'est essentiellement à travers les résultats de l'action des ARH en termes d'évolution de l'organisation des soins et des pratiques médicales que l'on pourra *a posteriori* apprécier la portée des SROS2. Il reste que les ARH n'ont aucun moyen d'action sur la médecine de ville. Leur capacité à mettre en présence les acteurs et à faire déboucher des projets de coopération et de complémentarité ville-hôpital dépendra donc du contexte local et de leur savoir-faire.

Le bilan de l'application des SROS 1 n'a pas été effectué au niveau national, alors qu'il a été réalisé dans chaque région. Par contre, le bilan de la recomposition du tissu hospitalier est donné chaque année dans une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Même s'il ne s'agit pas à proprement parler d'un bilan d'application des SROS, mais d'une analyse quantitative et qualitative des opérations achevées, en cours ou programmées, cette étude retrace bien l'activité que les ARH déploient à partir des objectifs des SROS et des priorités de santé.

Pour les SROS 2, des critères d'évaluation ont été prévus sous la forme d'indicateurs physiques de réalisation. Un comité de suivi des SROS placé au niveau ministériel examinera périodiquement un bilan d'exécution des schémas.

Poser la question de la portée des SROS revient également à s'interroger sur leur place au sein de l'ensemble des programmations régionales sur la santé (cf. chapitre précédent, *supra*, p. 227 et précédemment dans ce chapitre). En se limitant aux plans et programmes édictés par les services de l'Etat (l'assurance maladie concevant également ses programmes régionaux), peuvent être cités : les programmes régionaux de santé (PRS) qui reprennent tout ou partie des priorités fixées par les conférences régionales de santé en associant aux actions prévues des moyens de financement, les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) et enfin les schémas de services collectifs sanitaires. L'articulation de ces instruments mériterait d'être clarifiée.

Les SROS ont été créés par une loi de 1991. Les autres instruments sont plus récents : les PRS ont été prévus par une circulaire de novembre 1997, les PRAPS par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions et un schéma des services collectifs sanitaires par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire du 25 juin 1999. Dans la pratique, les autorités régionales ont institué les relations nécessaires entre les démarches SROS, PRS et PRAPS. Les SROS révisés partent désormais des besoins de santé et des priorités définies par les conférences régionales de santé. Ils reprennent donc, pour leur mise en œuvre hospitalière, ceux des objectifs ayant fait l'objet d'un PRS. De même, ils intègrent le plus souvent l'accès aux soins des personnes démunies et donc la création dans les

hôpitaux des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) conformément aux instructions de la circulaire du 17 décembre 1998. Par contre, la place du schéma des services collectifs sanitaires, à l'élaboration duquel les préfets de région ont contribué, est pour le moins incertaine. Ainsi, la DRASS de Franche-Comté a produit un document à l'automne 1999 en précisant qu'il traitera essentiellement d'aspects non hospitaliers et qu'il s'agit de compléter le SROS, tout en prenant en compte le PRAPS, pour favoriser la prise en charge globale des problèmes de santé de la population. Ce projet prend la forme d'un catalogue d'objectifs ciblés sur des catégories de populations et des problèmes spécifiques. Un rappel est fait des moyens financiers existants susceptibles d'être mobilisés. La valeur ajoutée d'un tel document reste à démontrer, dès lors qu'il ne peut pas traiter de la mise à disposition de la population des moyens de soins ambulatoires et de leur articulation avec l'hôpital et que des ressources particulières ne sont pas affectées à sa réalisation.

Si l'articulation des SROS avec les PRS et PRAPS ne devrait pas être trop difficile, il faut déplorer en revanche qu'ils ne traitent que marginalement des soins de ville, secteur sur lequel les ARH ne sont pas compétentes, et que les schémas de services collectifs sanitaires ne peuvent utilement aborder.

SYNTHESE ET RECOMMANDATION

La seconde génération de SROS adoptés pour les années 1999 à 2004 témoigne d'une démarche plus qualitative intégrant les priorités de santé publique désormais définies tant au niveau national qu'au plan régional. L'accent est mis moins directement sur la recomposition du tissu hospitalier et davantage sur la définition d'orientations centrées sur les besoins de la population et les pathologies. La mise en œuvre de ces orientations n'exige pas toujours des opérations de restructuration et les ARH disposent désormais pour conduire celles-ci d'autres outils de programmation, tels que les allocations budgétaires, les projets d'établissement et les contrats d'objectifs et de moyens. Le SROS est donc un document d'orientations stratégiques destiné à guider l'action des ARH pendant cinq ans. En pratique, les autorités régionales ont institué les relations nécessaires entre les différentes démarches de programmation régionale en matière de santé. Cependant, l'articulation des instruments mériterait d'être clarifiée. Par ailleurs, si les SROS prévoient le développement des complémentarités et des coopérations entre l'hôpital et la médecine ambulatoire, les ARH ne disposent d'aucun pouvoir ni moyen d'action à l'égard de celle-ci.

RECOMMANDATION

Clarifier les rôles respectifs et l'articulation des divers cadres de programmation régionale en matière de santé, et notamment la place des schémas de services collectifs sanitaires.

Cette section n'a pas appelé de réponse

---

[105] Sur tous ces aspects, cf. chapitre précédent, *supra*, p. 227, et la deuxième section de ce chapitre.

[106] Selon la loi du 31 décembre 1970, la carte sanitaire fixe par secteur sanitaire les capacités d'offre de soins hospitaliers opposables à partir de la prévision de lits et places par personne.

Sommaire

LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE VII

La mise en œuvre de la politique de santé : l'exemple de la lutte contre le cancer

Les communications du Haut comité de santé publique, la tenue annuelle des conférences nationale et régionales de santé et la remise au Parlement, chaque année, d'un rapport du gouvernement sur les orientations de santé annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale rendent compte d'une extension du champ de la santé publique qui va bien au-delà de la lutte contre les maladies transmissibles ou de la sécurité sanitaire. Il recouvre désormais une grande partie des actions collectives sur les déterminants de l'état de santé et englobe l'organisation et le financement du système de soins.

L'Etat et l'assurance maladie commencent à se doter des moyens d'élaborer et de mettre en œuvre une politique de santé définissant des priorités et des objectifs fondés sur des critères médico-économiques et une réflexion sur l'évolution des comportements des individus et des professionnels de santé.

La Cour a cherché à apprécier l'état d'avancement de cette amorce de politique globale de santé en France. Elle a choisi pour conduire son analyse d'examiner la politique mise en œuvre pour une pathologie particulière, en l'espèce le cancer. L'approche de la santé par pathologie est récente. Elle figure dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 au titre de la lutte contre les maladies aux conséquences mortelles évitables (article 20). Elle n'est pas familière à la direction générale de la santé (DGS) qui raisonnait jusqu'à sa récente réorganisation essentiellement en terme de populations.

Les observations formulées par la Cour s'appuient sur les résultats d'enquêtes conduites tant au niveau national que local. Les interlocuteurs nationaux de la Cour ont été principalement les directions concernées du ministère en charge de la santé, l'assurance maladie, la fédération des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) et la Ligue nationale contre le cancer[107] ; des investigations ont également été menées au plan local, soit par des discussions sur le terrain (quelques ARH, URCAM, gestionnaires des registres, établissements de soins publics et privés) soit par questionnaires, notamment auprès des CHU et des CLCC.

Les conclusions qui suivent peuvent faire l'objet d'une double lecture : une appréciation de la politique française de lutte contre le cancer et des moyens qui lui sont consacrés d'une part[108], un examen critique des outils disponibles pour élaborer et mettre en œuvre une politique de santé ainsi que des rôles respectifs des différents intervenants : Etat, assurance maladie, professionnels de santé et secteur associatif, d'autre part.

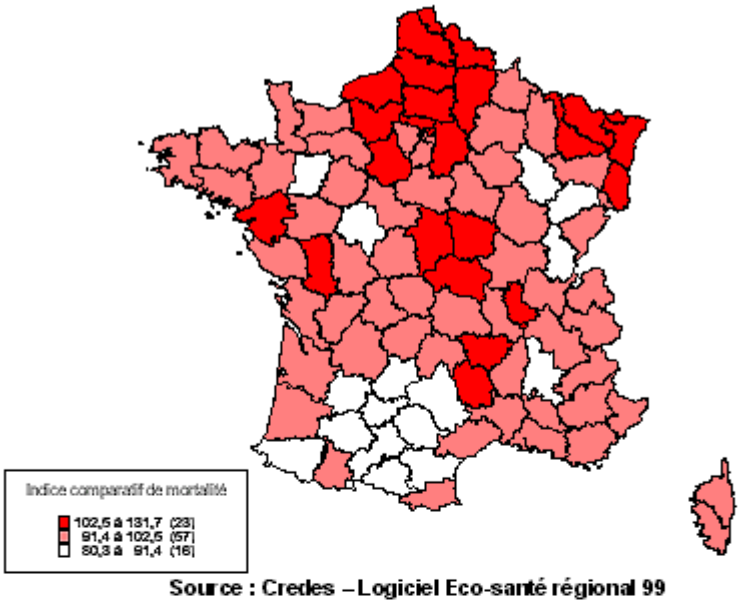
La lutte contre le cancer : une priorité nationale

La lutte contre le cancer est présentée en France par les pouvoirs publics comme une priorité. En 1996, trois des dix priorités identifiées par la CNS concernaient directement ou indirectement le cancer ; en 1997, la CNS a pris le cancer comme exemple de maladie pour laquelle une organisation optimale des soins est indispensable. Dans son rapport "La santé en France - 1994-1998", le Haut comité de santé publique avance des conclusions semblables et met l'accent sur le cloisonnement du système de santé, en particulier en ce qui concerne le dépistage, la formation des professionnels et l'information des usagers**.** Les rapports annexés aux lois de financement de la sécurité sociale des années 1998, 1999 et 2000 reprennent les conclusions des conférences de santé et expriment la volonté du gouvernement et du Parlement d'améliorer les performances du système de lutte contre le cancer (cf. sur tous ces points chapitre V, *supra*, p. 227).

Les cancers représentent en effet un problème majeur de santé publique. Ils constituent la deuxième cause de mortalité en France et la première de décès prématuré (avant 65 ans). L'incidence estimée des cancers en France a augmenté de 40 % en vingt ans ; le nombre de nouveaux cas diagnostiqués dans l'année est passé de 171 232 en 1975 à 239 787 en 1995. La probabilité d'avoir un cancer au cours de la vie s'élève aujourd'hui à près de 47 % pour les hommes et à près de 37 % pour les femmes : la probabilité la plus forte pour les hommes concerne le cancer de la prostate et celui du poumon et pour les femmes, le cancer du sein et le

cancer colorectal[109]. La prévalence des cancers devrait mécaniquement s'accroître au cours des années à venir du fait du vieillissement de la population. Les disparités régionales sont très marquées, tant en ce qui concerne la mortalité que les données d'incidence (cartes ci-après). Dans les deux cas, la situation est plus critique dans la moitié nord du pays, la zone la plus touchée allant de la Bretagne à l'Alsace en passant par le Nord-Pas de Calais où la surmortalité masculine atteint 26 %.

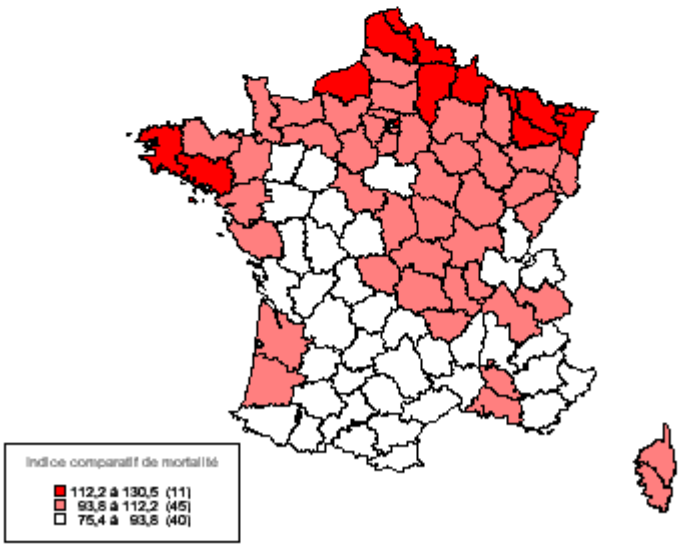
Décès par tumeur des femmes en 1993



Source : Credes – Logiciel Eco-santé régional 99

Lecture : Dans 23 départements (rouge sombre), l'indice comparatif de mortalité par cancer chez les femmes est élevé, compris entre 102,5 et 131,7 (base 100 en France).

Décès par tumeur des hommes en 1993



Source : Credes – Logiciel Eco-santé régional 99

Lecture : Dans 11 départements (rouge sombre), l'indice comparatif de mortalité par cancer chez les hommes est élevé, compris entre 112,2 et 130,5 (base 100 en France).

Le plan gouvernemental de lutte contre le cancer annoncé le 1er février 2000, intégrant recherche, prévention, dépistage, soins et aide aux malades, donne une présentation cohérente des politiques mises en œuvre. Auparavant, les politiques les plus structurées n'ont concerné que la prévention, et tout particulièrement la lutte contre le tabac avec la loi du 10 janvier 1991.

Les politiques mises en oeuvre

Les dispositions prises pour organiser la lutte contre le cancer se sont additionnées en se superposant. Trois exemples illustrent cette appréciation.

L'organisation de la politique de dépistage en est le premier. L'ordonnance de 1945 créant les centres de lutte contre le cancer[110] (CLCC) leur confie une mission de dépistage des malades. Un article de la loi de finances pour 1964, toujours en vigueur, précise pour sa part que le dépistage précoce des affections cancéreuses est organisé dans chaque département dans le cadre du service départemental d'hygiène sociale et que le financement de cette action s'impute sur le budget du département. La décentralisation n'a pas modifié cette organisation. Enfin, en 1999, les programmes de dépistage organisés financés par l'assurance maladie et les départements sont confiés à des organismes d'ailleurs non précisés sans que soient remis en cause le dispositif antérieur. Au total, cette addition de compétences sur un même sujet conduit à s'interroger sur la politique réellement souhaitée en matière de dépistage.

L'organisation des soins est un deuxième exemple de superposition d'approches. Le code de la santé publique n'évoque que les centres de lutte contre le cancer dont les missions et les moyens sont entièrement consacrés à cette pathologie. Pourtant, depuis 1959, s'est développée une autre approche, par "spécialité d'organes" qui est celle des CHU. Les deux types de structures ayant également vocation à l'excellence, s'est ainsi installée une compétition entre les CLCC et les CHU qui constitue une spécificité française. Au-delà de ceux-ci, c'est l'ensemble des établissements de santé, publics et privés qui assure des soins aux malades en application des articles L.711-1 et L.711-2 du code de la santé publique.

Enfin, si la politique esquissée en 1997-1998 à travers diverses circulaires dont celle du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie, tend à rationaliser et améliorer la prise en charge des patients, elle ne précise pas l'articulation entre une organisation des soins graduée qui classe les établissements dispensant les soins en fonction de leur degré de concentration technique et de moyens de réponse aux besoins, et une approche par les réseaux qui tend à introduire des relations horizontales et contractualisées entre les établissements.

Section I :
les fondements de la politique de lutte contre le cancer

L'information nécessaire à l'élaboration d'une politique cohérente de lutte contre le cancer n'est pas encore disponible en France. Même lorsque les données existent, leur exploitation est insuffisante pour autoriser une réflexion sur la corrélation entre les besoins de santé et l'offre de soins. Les moyens financiers engagés tant pour la prévention que le dépistage, sont mal connus ; ceux consacrés aux soins sont encore plus difficiles à évaluer.

I – Les besoins de santé et l'offre de soins

A – Les données épidemiologiques et les filières de soins

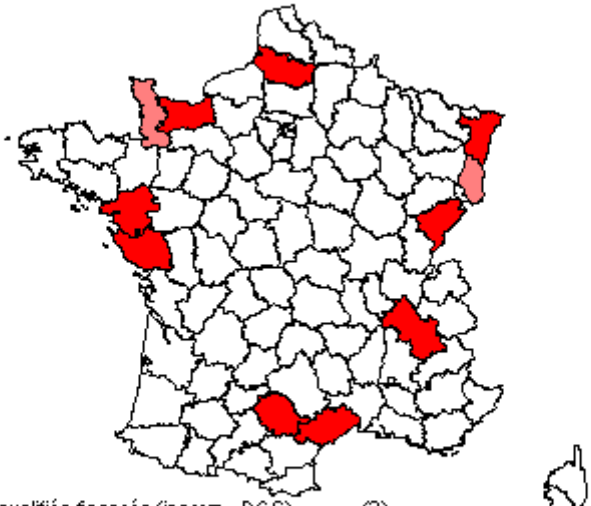
En France, plusieurs sources sont susceptibles de fournir des informations sur l'ampleur du fléau que représentent les cancers et sur leur prise en charge. Mais ces sources d'information sont non coordonnées, rarement recoupées entre elles et elles restent incomplètes, notamment en ce qui concerne les modalités de prise en charge des personnes atteintes de cancer.

1. Mortalité et incidence

Les informations sur la mortalité par cancer sont les seules informations enregistrées de manière exhaustive sur l'ensemble du territoire. Elles sont collectées par l'INSERM à partir de l'analyse des informations -parfois imprécises- des certificats de décès. En ce qui concerne l'incidence[111], les données ne sont recueillies de manière exhaustive par des registres[112] que sur une partie du territoire, sans que l'échantillon couvert soit représentatif de la population générale (carte ci-après). Il existe une dizaine de registres généraux des cancers en métropole qualifiés par le comité national des registres, et huit registres spécialisés dans l'étude de certains cancers (carte ci-après). La qualification récente des registres aquitains (mésothéliome) et de Loire-atlantique-Vendée (registre général), vise à mieux couvrir l'ouest du pays. Jusqu'en 1996, le développement des registres

a, en effet, été laissé à l'initiative individuelle, les pouvoirs publics exploitant insuffisamment leurs travaux jusqu'à présent. Pour disposer d'un échantillon représentatif, ce qui est essentiel, il conviendrait d'avoir une politique plus incitative, comme on le voit dans certains pays (cf. encadré).

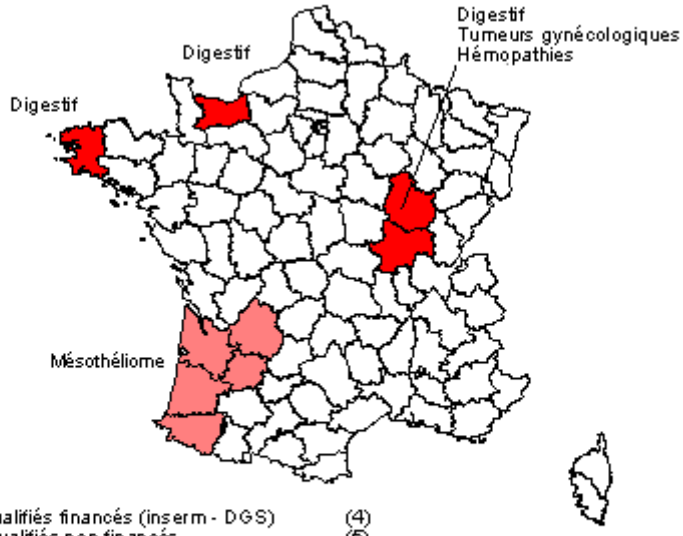
Registres généraux des cancers (registres qualifiés)
Situation en métropole au 1er septembre 1999



- Registres qualifiés financés (inserm - DGS) (2)
- Registres qualifiés non financés (9)
- Départements ou il n'existe aucun registre qualifié (85)

Lecture : Il n'y a de registres généraux que dans 11 départements. La population métropolitaine couverte par ces registres généraux est de 7,7 millions d'habitants, soit 13 % de la population.

Registres spécialisés des cancers
Situation en métropole au 1er septembre 1999



- Registres qualifiés financés (inserm - DGS) (4)
- Registres qualifiés non financés (5)
- Départements ou il n'existe aucun registre qualifié (87)

Lecture : Il n'y a de registres spécialisés que dans 9 départements.

Remarque : En plus de ces registres départementaux, il existe pour les leucémies et les tumeurs solides de l'enfant un registre national financé par l'Inserm et la DGS.

La situation à l'étranger en matière d'épidémiologie et d'information du public

Dans certains pays, la politique de lutte contre les cancers est fondée sur une culture de santé publique qui fait davantage de place à l'épidémiologie et à l'information du public.

Certains pays ont créé des registres des cancers de manière à couvrir 100 % de leur

population ; mais celle-ci ne dépasse guère cinq millions d'habitants (Danemark, Finlande, Slovaquie par exemple). Dans d'autres pays, notamment aux Etats-Unis, où le programme fédéral de soutien aux registres est doté de 150 MF, les registres étudient un échantillon constitué de manière à être représentatif de la population nationale. En Grande-Bretagne, le National Health Service finance un registre par région. Contrairement à la France où le développement des registres ne s'est pas fait à l'initiative des pouvoirs publics, les pays anglo-saxons et scandinaves ont organisé la couverture du territoire par les registres de morbidité de manière à pouvoir utiliser les travaux de ceux-ci pour planifier l'évolution de l'offre de soins et évaluer les pratiques de soins.

Aux Etats-Unis et au Canada par exemple, l'information mise à la disposition des décideurs, des professionnels de santé, des media et du public est beaucoup plus abondante qu'en France. L'institut national du cancer du Canada publie chaque année une monographie portant soit sur un cancer en particulier, soit sur des thèmes peu traités en France comme l'incidence du cancer selon le revenu, les répercussions économiques du cancer ou les conséquences de la croissance démographique et du vieillissement sur l'incidence du cancer. Aux Etats-Unis, un rapport est publié chaque année sur la prévention des cancers.

A partir des données recueillies, notamment auprès des établissements et des professionnels de santé, les registres peuvent réaliser des études de survie par type de cancer, effectuer des projections d'incidence à 15 ou 20 ans en fonction du vieillissement de la population, permettant ainsi de planifier à long terme l'évolution des besoins de soins en matière de cancer, ou encore d'identifier les facteurs de risque à l'origine de la maladie, notamment les risques environnementaux locaux.

Malgré l'intérêt que présentent les travaux des registres pour la décision en santé publique, le financement public de ces structures associatives abritées par des hôpitaux ou des universités est sans doute insuffisant pour assurer la qualité des données et la pérennité des structures : les subventions versées par la direction générale de la santé (aujourd'hui par l'InVS) et l'INSERM ne représenteraient, selon un responsable de registre, que le tiers des moyens nécessaires à leur bon fonctionnement.

2. La prise en charge des patients

Compte tenu de la technicité des soins en oncologie, ceux-ci sont dispensés essentiellement dans ou à l'initiative d'établissements de santé. Les outils statistiques actuellement disponibles ne permettent qu'une évaluation assez fruste de la part respective des différentes structures dans l'organisation des soins.

L'analyse des diagnostics principaux et associés portés sur les relevés de séjours du PMSI permet d'estimer le nombre de séjours réalisés par des patients atteints de cancer dans les établissements publics et privés de santé, mais en raison de l'absence de chaînage des séjours dans le secteur public, il n'est possible de connaître ni le nombre de patients accueillis, ni leur parcours à l'intérieur du système hospitalier. En outre, l'absence de prise en compte dans le tableau ci-dessous de l'activité ambulatoire réalisée par les établissements en radiothérapie ou en chimiothérapie et la non-discrimination des séjours en fonction de la lourdeur des cas traités tendent à minorer le poids des établissements de référence (CHR et CLCC) dans la prise en charge des malades atteints d'un cancer. Les nombres ci-dessous doivent donc être appréciés en tenant compte de ces réserves.

Répartition des séjours hospitaliers associés à un diagnostic de cancer

	CHR	CLCC	Autres publics et PSPH	Ensemble des établissements sous dotation globale	Privés non PSPH	Ensemble
Nombre d'établissements	29	20	919 (M) 562 (C)		446 (M) 728 (C)	2 704
Nombre de séjours liés au cancer	512 900	153 700	579 400	1 246 000	609 800	1 855 000
Répartition des	27,6	8,3	31,2	67,1	32,9	100

séjours liés au cancer (%)						
Poids du cancer dans l'activité (%)	16,3	92,9	10,9	14,4	11,0	13,1

Séjours hors séances de moins de 24 heures ; M : médecine ; C : chirurgie
Source : bases PMSI 1997 et SAE 1997

La statistique annuelle des établissements (SAE), qui décrit l'équipement des établissements publics et privés, ne permet pas de connaître le nombre de lits et de places consacrés par chaque établissement au traitement des cancers. La part des dépenses ou des personnels affectée à la lutte contre le cancer n'est pas davantage identifiée. Hormis pour les centres de lutte contre le cancer, spécialisés dans le traitement de ces pathologies, et les équipements spécifiques de radiothérapie, il est impossible d'identifier les moyens consacrés par les établissements de santé à la lutte contre les cancers.

En l'absence de codage des actes et des pathologies, il n'est pas davantage possible de connaître la part de l'activité de médecine de ville consacrée à la cancérologie, qu'il s'agisse de prévention, de dépistage, ou de prise en charge diagnostique ou de thérapeutique. Les statistiques concernant les effectifs de médecins spécialistes exerçant en médecine de ville sont incertaines, la classification des spécialités relatives au cancer ne permettant pas d'identifier la totalité des médecins ayant une activité en cancérologie et certains médecins exercent souvent dans plusieurs cadres (libéral et établissement).

B – L'exploitation des données

Un des objectifs de l'Institut de veille sanitaire, qui a reçu pour mission l'observation permanente des cancers et le suivi des programmes de dépistage, est la constitution d'une base nationale de données de mortalité et d'incidence, alimentée par l'ensemble des producteurs de données sur le cancer. Il s'agit en effet d'améliorer l'exhaustivité et la fiabilité des données par recoupement entre ces sources multiples et de pallier certains des inconvénients liés à l'absence de registres dans toutes les régions. Mais ceci supposerait par exemple une organisation du recueil des résultats d'analyses effectuées par les anatomo-cytopathologistes qui n'a pas encore été mise en place.

Malgré l'augmentation de l'incidence des cancers en France et l'accent mis depuis plusieurs années sur la qualité des soins, peu d'études ont été faites sur la qualité de la prise en charge des malades atteints de cancer. Les régimes d'assurance maladie, par le biais des demandes d'exonération de ticket modérateur pour affection de longue durée et d'enquêtes spécifiques menées par les médecins conseils, disposent d'informations, mais, hors le suivi d'une cohorte de femmes touchées par le cancer du sein réalisé par la CANAM sur une dizaine d'années, les données ne font actuellement pas l'objet d'une exploitation au niveau national pour apprécier la qualité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

A côté des médecins conseils de l'assurance maladie, ce sont les registres qui semblent les mieux placés pour effectuer des travaux sur les filières de soins suivies par les patients. Quelques études ont été lancées au sein du réseau des registres français ou à la demande des DRASS et ARH pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), mais l'évaluation des pratiques médicales par filières de soin est encore peu développée en France. De manière générale, la planification de l'évolution de l'offre de soins est encore peu appuyée sur une projection régionale des besoins à long terme.

II – Les moyens financiers

A – la prévention et le dépistage

En raison du rôle joué par les comportements en matière de consommation de tabac et d'alcool, de nutrition et d'exposition au soleil, la prévention, l'éducation pour la santé et le dépistage sont des domaines à privilégier pour lutter contre les cancers, mais les pouvoirs publics n'y ont jusqu'à présent consacré que peu de moyens.

1. Des financements mal identifiés

Le montant des dépenses de prévention des cancers est difficile à estimer. Les raisons en sont multiples. D'une part, la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool comme la promotion d'une alimentation saine visent à prévenir aussi bien les maladies cardio-vasculaires que les maladies respiratoires ou les cancers ; d'autre part, les financements sont parfois globalisés en fonction des publics visés (santé des jeunes ou des publics en situation de précarité par exemple) ou des zones géographiques : ni les financements thématiques, ni les financements relatifs aux programmes régionaux de santé, n'isolent des actions de prévention propres aux cancers. Enfin, les seuls financements clairement identifiés au niveau national sont ceux assurés par l'Etat, les fonds de prévention des régimes d'assurance maladie et les grandes associations faisant appel à la générosité publique ou subventionnées par les pouvoirs publics. Ni les dépenses d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie, ni les dépenses de prévention des collectivités locales, ni les financements européens ne font l'objet de la moindre estimation de la part du ministère en charge de la santé.

En matière de dépistage, seules les dépenses relatives aux programmes de dépistage organisé financées par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) peuvent être identifiées. En effet, en l'absence de codage des actes et des pathologies, le coût pour l'assurance maladie du dépistage individuel ou spontané ne peut être évalué que par extrapolation d'enquêtes réalisées au niveau local par les médecins conseils, ou sur l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAMTS (sur les dépistages organisé et spontané, cf. *infra*).

2. Des moyens encore modestes

Malgré toutes ces réserves, l'ordre de grandeur des moyens consacrés à la prévention et au dépistage des cancers peut être approché par le biais des budgets "alcool", "tabac" et "dépistage" de l'Etat, de l'assurance maladie et de la Ligue contre le cancer, auxquels il faut ajouter les crédits affectés par les conseils généraux au fonctionnement des structures de dépistage (25 MF environ en 1998 pour le cancer du sein).

Crédits affectés en 1998 par les trois principaux financeurs à la prévention et au dépistage organisé des cancers

(en MF)

Crédits consommés en 1998	Direction générale de la santé(2)	CNAMTS	Ligue contre le cancer	Ensemble
Prévention(1)	1,1	76,9	29,1	107,1
Dépistage	3,6	102,4	3,6	109,6
Ensemble	4,7	179,3	32,7	216,7

(1) Il s'agit de crédits consacrés à la lutte contre la consommation d'alcool et de tabac.
(2) dont 485 000 F de subventions à la ligue contre le cancer.

L'essentiel des moyens provient du FNPEIS géré par le régime général, qui abonde notamment le budget du comité français d'éducation pour la santé consacré à la lutte contre le tabagisme (50 MF en 1998) et l'alcoolisme (18 MF) et finance l'essentiel des programmes de dépistage organisé[113] (remboursement des actes et contribution au financement de la structure gérant le programme).

Les moyens consacrés à la prévention et au dépistage devraient être augmentés dans les années à venir avec la généralisation du dépistage de certains cancers et l'augmentation de la part des droits de consommation sur le tabac affectée à l'assurance maladie. La CNAMTS, qui perçoit aujourd'hui 9,1 % des droits d'accise sur le tabac, soit 4,2 MdF en 1999, propose de doubler en 2001 les moyens que le FNPEIS peut consacrer à la prévention et au dépistage des cancers. Mais dans ces domaines, les crédits consommés sont toujours largement inférieurs aux crédits votés en raison notamment des délais de mise en œuvre au niveau local des actions programmées. Hors programmes régionaux de santé, les crédits délégués au niveau régional et local pour la réalisation des actions de terrain sont d'ailleurs restés très limités : ils ne représentaient que 9,1 % du montant des crédits "tabac" et "alcool" du FNPEIS en 1998, soit 7 MF.

A ces financements nationaux s'ajoutent des financements communautaires de plus en plus restreints en raison de la réorientation des fonds vers les projets impliquant plusieurs Etats membres. Doté de 92 MF en 1999, le troisième plan d'action communautaire inscrit dans le programme "l'Europe contre le cancer" a contribué au

financement de 35 projets, dont un seul d'initiative française, dans les domaines de la collecte de données, de l'éducation pour la santé, de la prévention et de l'assurance qualité du dépistage et des soins. La France participe en effet à de nombreux projets pilotés par d'autres pays, mais n'est que rarement à l'origine de projets impliquant plusieurs membres de l'Union européenne. Cette situation s'explique en partie par le rôle très limité que joue la direction générale de la santé en matière d'impulsion, de coordination et de suivi des projets.

B – Le coût des soins

Les outils de connaissance du système de soins actuellement disponibles ne permettent pas d'évaluer avec précision les moyens financiers consacrés au traitement des cancers.

1. La mesure directe du coût du traitement du cancer

Pour avoir une idée précise du coût total des traitements, il conviendrait de mesurer chacun des postes de dépenses et d'en faire la somme. Toutefois, en raison des caractéristiques suivantes de notre système de santé, un tel calcul est difficile :

- en l'absence de codage par pathologie des soins effectués en ville il n'est pas possible d'identifier, parmi les actes des médecins, infirmiers et laboratoires d'analyse, ceux qui sont relatifs au traitement de cancers ;

- l'absence de relevé des pathologies ne permet pas non plus de mesurer la part des transports sanitaires relevant de patients souffrant du cancer ;

- enfin, au sein de l'hôpital, les services sont en général organisés par spécialité d'organe et non par pathologie, ce qui n'offre pas la possibilité de distinguer les soins donnés aux patients souffrant de cancer des soins donnés aux autres patients[114].

Seules deux catégories d'actes peuvent être aujourd'hui mesurées avec une certaine précision :

- la radiothérapie qui fait l'objet d'un recensement annuel dans le cadre de la statistique annuelle des établissements de santé[115] ;

- la prescription de médicaments anticancéreux dans le cadre de chimiothérapie : deux enquêtes du ministère de l'emploi et de la solidarité en 1998 et 1999 ont montré que le coût de ces médicaments a atteint environ 3,4 MdF en 1998[116], soit un quasi triplement en quatre ans puisque ces dépenses s'élevaient à 1,2 MdF en 1994.

Au total, la mesure directe des coûts totaux relatifs au traitement du cancer n'est pas possible. Pour disposer, néanmoins, d'un ordre de grandeur, l'administration a parfois considéré que les CLCC traitant environ un quart des patients atteints de cancer, le coût total des cancers à l'hôpital devait s'élever à environ quatre fois le budget total de ces centres. L'estimation de 20 à 30 MdF a donc été à plusieurs reprises exprimée[117]. La récente mise en place du PMSI permet dorénavant une estimation plus précise et plus fiable qui montre que le coût du cancer à l'hôpital est nettement supérieur.

2. La mesure par le PMSI

Le PMSI recense les séjours hospitaliers en les classant par GHM (Groupes homogènes de malades) selon les diagnostics médicaux. Un échantillon d'hôpitaux pilotes, censé être représentatif de l'activité hospitalière nationale, a été constitué et a permis de réaliser une étude nationale des coûts des traitements effectués pour chaque GHM. A partir de cette étude réactualisée chaque année, le PMSI donne donc une estimation plus fine du coût des différentes pathologies à l'hôpital (voir à ce sujet chapitre V, *supra*, p. 227).

Avec le soutien de la mission PMSI du ministère de l'emploi et de la solidarité, cinq économistes et médecins de la fédération nationale des CLCC ont exploité la base nationale 1996, la première base disponible suffisamment complète et fiable[118]. En regroupant tous les séjours "cancers" au sein des différents GHM, ils parviennent à un coût total de 29 MdF en hospitalisation publique.

La base PMSI 1996 ne couvrant que les courts séjours des établissements soumis au budget global, l'activité des cliniques privées n'est pas comprise dans ce montant. Les auteurs de l'étude, à partir des relevés de dépenses pharmaceutiques et des statistiques annuelles des établissements, l'estiment à environ 33 % de l'activité hospitalière totale en matière de cancer, ce qui porte le coût total du traitement du cancer à l'hôpital à environ 43 MdF en 1996, soit 15 % environ de la dépense hospitalière (ce qui est significativement supérieur à l'estimation faite jusqu'alors à partir du budget global des CLCC[119]).

Malgré les problèmes méthodologiques éventuels[120], cette étude illustre les progrès considérables réalisés grâce au PMSI en matière de connaissance de l'activité et des coûts hospitaliers par pathologie. Pour la première fois, pour une maladie importante ne faisant pas l'objet d'une déclaration obligatoire (comme le Sida) ou n'étant pas traitée exclusivement par des services spécialisés au sein des établissements de soins, il est possible de donner une estimation relativement fiable et précise de son coût global à l'hôpital.

Toutefois, même si l'extension récente du champ du PMSI aux cliniques privées va améliorer la qualité de l'estimation, il convient de noter que le PMSI ne permet pas de mesurer le coût total des traitements du cancer en France, les traitements effectués hors de l'hôpital échappant au recensement, et donc à la mesure des coûts (en particulier la médecine et les soins de ville, et l'hospitalisation à domicile), de même que certains postes de dépenses (transports sanitaires, soins palliatifs en établissements de long séjour…).

Au total, le coût du traitement du cancer, pour l'assurance maladie, est certainement significativement supérieur à 50 MdF, et va probablement croître dans les prochaines années avec le vieillissement de la population et la très forte croissance des prix des molécules de chimiothérapie.

3. La mesure détaillée de certains des coûts réels

S'il donne une image acceptable du coût total du cancer à l'hôpital, le PMSI est par nature plus limité pour décrire les coûts réels enregistrés par chacun des établissements. Il repose en effet sur le calcul d'une moyenne établie à partir d'un échantillon d'établissements participant à l'étude nationale de coûts, moyenne qui peut être éloignée du coût réel constaté dans un établissement donné car, d'une part, il n'est pas certain que cet échantillon soit réellement représentatif, d'autre part, au sein d'un même GHM, les dépenses par patient peuvent varier dans des proportions très importantes (particulièrement en matière de cancer où les traitements sont très divers et les GHM proportionnellement peu nombreux[121]).

La seule manière, pour un établissement, de mesurer le coût détaillé des traitements par pathologie serait donc de disposer d'une comptabilité analytique de qualité. Or, une comptabilité de ce type n'existe pas encore dans tous les établissements et, lorsqu'elle existe, elle est en général organisée par service, permettant de mesurer les coûts de chacun de ces services mais pas les coûts relatifs aux seuls patients souffrant du cancer.

Aussi, depuis plusieurs années, en raison de contraintes budgétaires de plus en plus fortes, les établissements hospitaliers ont-ils commencé à développer les études de coût spécifiques à certaines pathologies. En matière de cancer, ces études ont concerné majoritairement les deux sujets suivants :

- la comparaison à l'échelle nationale des coûts relatifs par GHM : il s'agit, sur des groupes de patients ou des catégories d'actes, de mesurer les coûts réels constatés dans l'établissement et de les comparer à leur valorisation théorique par le PMSI ; l'objectif est à la fois d'améliorer la qualité de la gestion interne et de disposer d'arguments plus précis pour la négociation des dotations budgétaires ;

- la chimiothérapie : les dépenses de chimiothérapie ont augmenté de manière très importante depuis quelques années et varient fortement suivant les traitements ; les hôpitaux sous dotation globale, craignant de ne pouvoir continuer à financer cette activité dans de bonnes conditions, ont souvent éprouvé la nécessité de disposer de mesures les plus précises et actualisées possibles de ce phénomène.

Ces études ponctuelles sont d'excellents compléments du PMSI pour la connaissance des coûts réels des traitements du cancer. On peut toutefois regretter qu'aucune centralisation de leurs résultats ne soit effectuée, ce qui en limite la connaissance et l'exploitation par les décideurs publics.

RECOMMANDATIONS

1. Développer une politique publique des registres pour aboutir à un échantillon de population représentatif en suscitant la création d'autres registres, en accroissant les moyens et en contractualisant les axes de recherche à moyen terme.

2. Développer les travaux sur l'évaluation du système de soins, notamment sur les facteurs explicatifs des variations de taux de survie et de qualité de vie en fonction des filières suivies, des modes de prise en charge et de stratégie thérapeutique.

3. Mieux mesurer le coût des traitements par pathologie : codage par pathologie de l'activité de ville, développement des comptabilités analytiques à l'hôpital, amélioration du PMSI, centralisation et exploitation des résultats des études détaillées des coûts menées par les établissements.

Réponses

---

[107] La Cour a par ailleurs publié des rapports particuliers sur l'association pour la recherche contre le cancer (ARC) et la ligue nationale de lutte contre le cancer.

[108] Avec la double limite que l'étude ne couvre ni la politique de recherche (or la recherche est essentielle en matière de cancer) ni les particularités des cancers d'origine professionnelle.

[109] Source : Le cancer en France : lncidence et mortalité – situation en 1995 et évolution de 1975 à 1995 ; Secrétariat d'Etat à la santé et réseau FRANCIM, Les Editions du Seuil, 1999.

[110] Bien que créés par la loi, les CLCC sont des établissements privés classés dans la catégorie "privés participant au service public hospitalier".

[111] L'incidence est le nombre de nouveaux cas de cancers enregistré en une année.

[112] Selon l'arrêté du 6 novembre 1995 relatif au comité national des registres, un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant des compétences appropriées.

[113] Selon une étude récente de la société française de santé publique, le financement des structures de dépistage du cancer du sein (45 MF environ) était assuré en 1998, hors remboursement des actes de mammographie, à 58,8 % par les conseils généraux, à 23,9 % par l'assurance maladie et à 7,6 % par la Ligue nationale contre le cancer.

[114] Dans un service de pneumologie, par exemple, les systèmes comptables traditionnels ne permettent pas de distinguer les patients atteints d'un cancer du poumon des patients souffrant de toute autre affection des poumons.

[115] Cette statistique recense le nombre de Z de radiothérapie et a fait ressortir un coût théorique de 1,4 MdF en 1998, sans compter les frais de transport ni d'hospitalisation.

[116] Dont plus de 40 % hors hôpital. Par ailleurs, à ce montant de 3,4 MdF, il convient d'ajouter environ 2 MdF de médicaments adjuvants.

[117] En particulier dans les informations données au Sénateur Jacques Oudin qui a repris cette estimation dans son rapport de 1998 sur le "Financement et l'organisation de la politique de lutte contre le cancer", ainsi que dans une réponse à une question parlementaire posée à l'occasion de la discussion du projet de loi de finances pour 1999.

[118] MM. Borella, Peuvrel, Maranchini, Philip et Mme Sauvage. Revue d'Epidémiologie et de Santé publique, 2000 ; 48 :53-70.

[119] L'écart s'explique principalement par une surestimation de la "part de marché" des CLCC, surestimation due au fait qu'avant la mise en place du PMSI, il n'y avait aucun moyen de déterminer avec précision l'activité de cancérologie des hôpitaux et cliniques généralistes.

[120] Il s'agit de la première étude nationale de ce type, reposant sur des saisies PMSI présentant encore un taux d'erreurs significatif et sur une classification en GHM ne permettant pas toujours de distinguer les séjours "cancers" avec une suffisante précision.

[121] Les CLCC estiment qu'une vingtaine de GHM (soit 4 % du nombre total de GHM) recense environ 80 % de leur activité. Si l'on considère que le cancer représente environ 15 % de l'activité hospitalière totale, 12 % de cette dernière est donc décrite par 4 % des GHM, ce qui semble signifier que les principaux GHM cancer comptent trois fois plus de séjours que la moyenne des GHM.

CHAPITRE VII

La mise en œuvre de la politique de santé : l'exemple de la lutte contre le cancer

Section II : La prévention et le dépistage des cancers

On sait aujourd'hui que le cancer est dû à une défaillance des mécanismes régissant la prolifération, la différenciation et la mort cellulaires en raison d'une altération de certains gènes. Certains individus sont plus susceptibles que d'autres de développer un cancer pour des raisons génétiques. Mais les cancers à caractère héréditaire sont très minoritaires (environ 5 %). Les altérations du génome sont provoquées par des facteurs environnementaux tels que le tabac, l'alcool, le soleil, certains agents chimiques ou physiques, des virus, ou résultent d'un processus spontané.

I – La prévention

La difficulté à connaître précisément l'exposition des malades aux différents facteurs et substances susceptibles de provoquer un cancer ne permet pas toujours d'identifier l'agent responsable du déclenchement de la maladie. Mais parmi les facteurs de risques les mieux établis figurent le tabac, l'alcool, l'alimentation et le soleil. 40 % au moins des cas de cancers pourraient donc faire l'objet d'une prévention.

En France comme dans la plupart des pays, la prévention des cancers passe d'abord par la lutte contre le tabagisme. Aux Etats-Unis, la mortalité par cancer a diminué pour la première fois entre 1990 et 1996 ; cette évolution positive est essentiellement attribuée à la lutte contre le tabagisme, dont les effets ne sont sensibles qu'à long terme. La Cour a donc examiné certains aspects de la lutte contre le tabagisme comme un exemple de politique de prévention.

> Le tabac tue chaque année 60 000 Français, dont environ 18 000 par cancer du poumon et 13 700 par d'autres cancers. Le tabac expliquerait 22 % des décès par cancer. Si les ventes de tabac ont diminué depuis 1993, en grande partie sous l'effet de la hausse de son prix, un tiers des Français se déclarent fumeurs et la consommation de tabac augmente chez les femmes, dont une sur cinq fume aujourd'hui. La consommation du tabac chez les jeunes est d'ailleurs, désormais, sensiblement la même chez les garçons et chez les filles.

A - la politique de lutte contre le tabagisme

La France fait partie des pays qui ont les premiers instauré une législation visant à lutter contre le tabagisme. Cette préoccupation a ensuite été reprise par l'Union européenne à partir de 1989, qui a notamment réglementé l'étiquetage des produits du tabac et leur teneur en goudron et interdit la publicité en leur faveur dans une directive en cours de transposition.

Avec les lois du 9 juillet 1976 et du 10 janvier 1991, la France s'est attachée à diminuer la consommation de tabac par une politique de restriction de l'offre (interdiction de la publicité en faveur du tabac) et de protection des non-fumeurs (interdiction de fumer dans les lieux publics), qui s'est accompagnée par une politique de renchérissement du coût du tabac pour les usagers (augmentation des droits de consommation) et de modification des comportements (campagnes de prévention et d'incitation à l'arrêt). L'augmentation du prix du tabac semble avoir été la principale cause de la baisse de la consommation de tabac constatée sur les dernières années[122], mais cette approche reste insuffisante.

Le programme de lutte contre le tabagisme, présenté par le secrétaire d'Etat à la santé le 31 mai 1999 et repris dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre le cancer du 1er février 2000, a marqué une nouvelle étape avec l'engagement d'actions visant à faciliter l'arrêt du tabac : mise en place d'un programme de formation de médecins généralistes et de pharmaciens à la prise en charge des fumeurs, mise en vente libre des substituts nicotiniques (non remboursés), création de centres de sevrage et de consultations tabagiques et amélioration de l'information pratique du public par la ligne téléphonique "tabac info service"[123].

A partir de 1997, la mise en place des programmes régionaux de santé sous l'égide des DRASS a contribué au niveau local à la mise en cohérence des actions développées par des partenaires de terrain souvent nombreux mais peu coordonnés. Sept régions ont adopté un programme régional sur le cancer, comportant des objectifs aussi bien en matière de développement des études épidémiologiques, que de prévention, de dépistage ou de prise en charge et d'amélioration de la qualité de vie des malades. Des programmes consacrés à la lutte contre la consommation excessive d'alcool ou les conduites addictives ont également été retenus dans certaines régions. L'examen par la Cour de deux programmes mis en œuvre dans des régions fortement touchées par les cancers a mis en évidence la difficulté à fixer des objectifs réalistes, à faire travailler ensemble des institutions de culture différente (Etat, assurance maladie, associations, professionnels de santé), à mettre en place une procédure d'évaluation efficace et à articuler les actions en matière de prévention avec la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Malgré le renforcement récent de la politique de lutte contre le tabagisme, des progrès certains restent à accomplir :

- La teneur maximale en goudron des produits du tabac a été progressivement réduite par arrêté du ministre chargé de la santé, mais l'usage des substances provoquant les phénomènes de dépendance comme la nicotine n'est pas réglementé, alors que le tabac, comme l'alcool, est aujourd'hui considéré comme une drogue.

- Le contrôle de l'application de la réglementation reste insuffisant, notamment en ce qui concerne la lisibilité des messages de mise en garde sur l'emballage des produits du tabac, et la mise en cause de la responsabilité des cigarettiers pour non-respect des textes est rare.

- Les médecins généralistes se sentent peu efficaces dans la prévention du tabagisme (comme de l'alcoolisme), notamment en raison du défaut de formation initiale en matière de prévention et de santé publique. Le système de rémunération à l'acte n'incite pas non plus les médecins à développer le dialogue avec le patient sur ces questions. Enfin, les pratiques collectives en matière de prévention ne sont pas évaluées.

- La faiblesse des moyens de pilotage et d'évaluation des programmes régionaux de santé, ainsi que l'inadaptation des procédures de délégation de crédits du niveau central au niveau régional, sont à l'origine de résultats parfois décevants.

Il faut enfin souligner que le renforcement de la lutte contre le tabagisme n'a pas été accompagné d'une évolution similaire s'agissant de la lutte contre la consommation excessive d'alcool, qui fait l'objet d'une plus grande réticence en France, non justifiée au regard de la santé publique.

B - Le rôle des associations nationales

La prévention et l’éducation pour la santé sont des secteurs dans lesquels interviennent de nombreuses associations locales. En matière de lutte contre le cancer, deux associations se distinguent au niveau national : le comité français d’éducation pour la santé (CFES) et la Ligue nationale contre le cancer.

1. les actions de communication

Subventionné par l'Etat et surtout la CNAMTS, le comité français d’éducation pour la santé intervient peu sur le thème spécifique du cancer, mais davantage sur la lutte contre la consommation d’alcool et de tabac, dont le cancer est une conséquence possible parmi d'autres effets néfastes pour la santé. Hormis une participation régulière à la "semaine européenne contre le cancer" coordonnée en France par la Ligue contre le cancer, le CFES s’est surtout engagé, depuis une vingtaine d’années, dans la réalisation de campagnes médiatiques visant à modifier les représentations associées à la consommation de tabac et d’alcool. Avec les campagnes lancées à partir de 1997, le CFES met l’accent sur une meilleure appréciation des risques comportementaux et sur l’appui pratique aux démarches d’arrêt des conduites à risque. En effet, si le caractère dangereux du tabac et de l’alcool est globalement connu du public, la notion de dangerosité reste vague : les risques d’apparition d’un cancer liés à la consommation d’alcool et les effets très nocifs de l’association tabac-alcool sont largement sous-estimés. Une meilleure connaissance des risques par la population doit encore être recherchée.

Selon le "Baromètre santé adultes 95-96" réalisé par le CFES, le cancer arrive en deuxième position, derrière les risques circulatoires, dans l’échelle des risques et maladies redoutés par les Français. Mais si les messages diffusés par les campagnes nationales invitent à réfléchir sur les comportements, peu d’individus modifient leurs habitudes sans autre incitation (problèmes de santé, actions de l’entourage et du médecin traitant).

L’information ne suffit pas à faire évoluer les comportements individuels, mais permet au moins d’identifier les responsabilités. Les quelques contentieux engagés par l’assurance maladie et des malades atteints de cancer à l’encontre de cigarettiers reposent ainsi sur le défaut de mise en garde des consommateurs contre la dangerosité avérée des produits commercialisés.

2. les actions de terrain en faveur des jeunes

Le CFES et la Ligue ont choisi de développer leur action particulièrement en direction des jeunes. Outre les campagnes médiatiques nationales, qui visent en priorité un public de 15 à 20 ans, ces deux associations ont élaboré des supports de communication adaptés au milieu scolaire. Certains comités départementaux ou régionaux d’éducation pour la santé, relais locaux du CFES, et comités départementaux de la Ligue ont ainsi mis en place, avec les enseignants et les responsables d’établissements scolaires, des séances d’information destinées aux élèves des écoles primaires et des collèges. Pour les enfants de 7 à 14 ans, la Ligue a créé dans de nombreux départements des activités au sein de clubs "Pataclope", dont l’objectif est d’aider l’enfant à résister à la première cigarette.

De plus en plus, le comité français d’éducation pour la santé et la Ligue nationale contre le cancer sont amenés à travailler sur les mêmes thèmes et à viser prioritairement les mêmes publics en matière de prévention. Il serait particulièrement souhaitable que la coopération institutionnelle qui a récemment été amorcée entre les deux associations se développe au niveau national afin d’accentuer la complémentarité des campagnes médiatiques et des publications réalisées, mais aussi au niveau de leurs relais locaux. Pour être efficaces, ces partenariats devraient devenir plus systématiques et s’inscrire dans les programmes régionaux de santé avec le concours des services de l’Etat, notamment de l’Education nationale.

Avec les programmes régionaux de santé et l’augmentation des moyens consacrés par l’assurance maladie à la prévention et à l’éducation pour la santé, les actions nationales et locales se multiplient sans que leur efficacité soit systématiquement évaluée. Des sondages sont réalisés après la diffusion des campagnes médiatiques afin d’apprécier la compréhension du message par la population et une photographie de l’état de santé et des comportements est régulièrement réalisée par le comité français d’éducation pour la santé avec les "baromètres santé", mais aucune étude de l’impact à moyen terme des actions de prévention n’est menée.

II – le dépistage

Le dépistage à l'étranger

En ce qui concerne l'organisation d'un dépistage systématique des cancers, notamment du cancer du sein, la France se distingue de nombre de pays européens par le choix de faire effectuer les examens par des centres de radiologie non spécialisés. La Suède et le Royaume-Uni, qui ont les premiers mis en place un programme de dépistage systématique, ont choisi d'équiper des camions en mammographes pour couvrir l'ensemble du territoire, les clichés suspects étant adressés à des centres de référence qui poursuivent les examens jusqu'au diagnostic et assurent le suivi des femmes jusqu'au traitement. C'est le système retenu par les Pays-Bas, le Danemark, l'Espagne, l'Italie et la Grèce. D'autres pays se sont inspirés du modèle américain, dans lequel les mammographies de dépistage sont réalisées par des centres habilités, qui orientent ensuite les femmes dont l'image est suspecte vers des centres de soins ; contrairement au système français, il n'existe pas de système d'invitation des femmes à participer au dépistage, mais seulement des recommandations émises par le National Institute of Health et des associations médicales et des contrôles de qualité des mammographes effectués par le Center for Disease Control.

Le dépistage consiste à rechercher de manière systématique dans une population en bonne santé les porteurs de symptômes latents nécessitant un suivi particulier. Le dépistage peut être réalisé à l'initiative des individus ou des professionnels de santé - on parle alors de dépistage spontané - ou dans le cadre d'un programme mis en place par les pouvoirs publics sur la base d'un cahier des charges – on parle alors de dépistage organisé ou systématique.

Selon les critères médico-économiques de l'Organisation mondiale de la santé et les résultats obtenus lors des essais menés dans différents pays, les cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum justifient la mise en place d'un dépistage systématique en population générale. En France, le principe d'une généralisation des programmes de dépistage organisé est affirmé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, mais les difficultés de mise en œuvre restent nombreuses.

A – La généralisation du dépistage de certains cancers prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999

La décision de généralisation du dépistage de certains cancers fait suite à une phase d'expérimentation qui a débuté dans les années quatre-vingt et à l'évaluation des expérimentations du dépistage du cancer du sein réalisée en 1997 par l'ANDEM[124]. A partir de 1989, l'assurance maladie a financé, essentiellement sur le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé (FNPEIS) du régime général, des programmes expérimentaux de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum. De 1994 à 1998, les sites pilotes de dépistage du cancer du sein se sont multipliés avec la mise en place d'un programme national sous l'égide du ministère chargé de la santé. Les initiatives locales soutenues par les caisses primaires et les collectivités locales ont peu à peu adopté un cahier des charges national, qui leur laissait une marge de liberté importante dans l'organisation du dispositif. Un programme de dépistage systématique du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans existe aujourd'hui dans 32 départements (carte ci-après).

Le bilan des expérimentations effectué en 1997 a mis en lumière les difficultés sérieuses que soulève la généralisation des programmes de dépistage, difficultés qui n'ont pas toutes été résolues et qui expliquent un retard dans la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Dans le cadre de la lutte contre les maladies aux conséquences mortelles évitables, celle-ci a introduit dans le code de la santé publique un article L.55, devenu 1411-2, qui prévoit pour certains cancers déterminés par arrêté, une prise en charge intégrale par l'assurance maladie du coût des examens réalisés, sur la base d'un cahier des charges national, par des professionnels de santé ayant passé une convention avec les organismes d'assurance maladie. La direction générale de la santé souhaite ainsi généraliser le dépistage, dans un premier temps du cancer du sein (2001), puis du cancer du col de l'utérus et du cancer colo-rectal, à l'ensemble de la population selon des modalités garantissant la qualité des examens et un suivi des personnes satisfaisants.

B – Les difficultés de mise en œuvre

1. un cahier des charges en cours d'élaboration

La DGS a élaboré en 1999 un projet de cahier des charges national relatif à l'organisation du dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum. Sur le plan technique, les modalités de dépistage

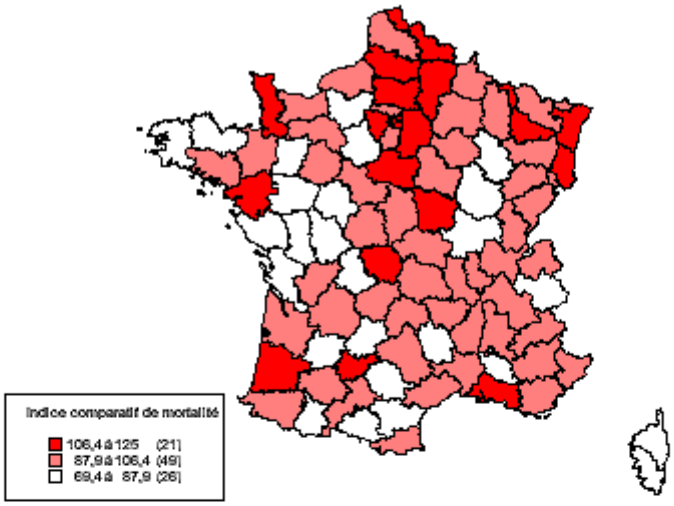
s’appuient sur les recommandations de l’ANAES et les règles de contrôle de qualité des appareils sur les normes européennes. Sur le plan organisationnel, le choix a été fait de créer d'emblée des structures de pilotage (comité national et comité régional) et de gestion (structure départementale) compétentes pour l'ensemble des programmes de dépistage (sein, col de l'utérus, côlon-rectum).

Le projet de cahier des charges n’a pas encore été validé et la plupart des textes d’application prévus par la loi de financement pour 1999 n’ont toujours pas été publiés, notamment l’arrêté déterminant la liste des programmes nationaux de dépistage, l’arrêté fixant la convention-type liant les professionnels de santé aux caisses d’assurance maladie, et les décrets déterminant la liste des examens et tests de dépistage qui ne peuvent être réalisés que par des professionnels et des organismes ayant passé une convention avec les organismes d'assurance maladie.

Conformément aux propositions de l'ANDEM, formulées en 1997, l'objectif du législateur était de substituer à terme le dépistage organisé au dépistage spontané. Selon la CNAMTS, 2,8 millions de mammographies ont été réalisées en cabinet libéral en 1998, dont 84 % correspondraient à des actes de dépistage individuel ou spontané. Ces actes réalisés, sans appel clinique et à l'initiative de la patiente ou du médecin, ne font l'objet d'aucun contrôle (âge des consultantes, rythme des examens, nombre d'incidences, contrôle des appareils, formation et qualification des médecins et des manipulateurs). La CNAMTS s'oppose au maintien du dépistage spontané dès lors qu'est mis en place un dépistage organisé.

Le retard pris dans la mise en place du nouveau dispositif avait, par ailleurs, suscité des inquiétudes quant à l'insuffisance des moyens consacrés, dans certains départements, aux programmes existants.

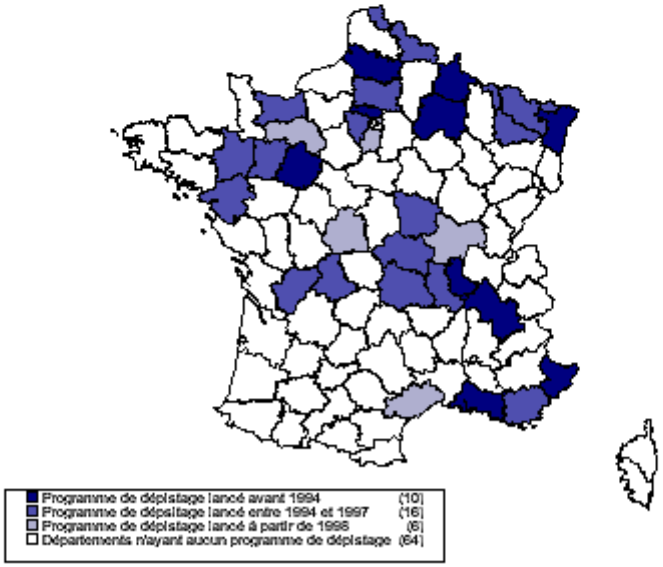
Décès par tumeur du sein en 1990



Source : Credes – Logiciel Eco-santé régional 99

Lecture : Dans 21 départements (rouge sombre), l'indice comparatif de mortalité par cancer du sein est élevé, compris entre 106,4 et 125 (base 100 en France).

Liste des départements ayant adopté un programme de dépistage systématique du cancer du sein (femmes de 50 à 69 ans)



Lecture : Seuls 32 départements ont lancé un programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans : 10 avant 1994, 16 entre 1994 et 1997 et 6 depuis 1998.

2. Une mobilisation insuffisante de la population et des professionnels de santé

La participation insuffisante des femmes et l'implication trop faible des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes, ont été les principales difficultés rencontrées lors de la phase d'expérimentation. L'information et l'orientation des patients vers les structures de dépistage organisé par les médecins généralistes est une condition de réussite des programmes qui n'a sans doute pas été suffisamment prise en compte dans la phase d'expérimentation. Les enquêtes réalisées sur les motivations des femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein et la communication mise en œuvre par les structures de dépistage devraient sans doute aider les pouvoirs publics à sensibiliser plus efficacement les populations concernées par le dépistage.

La motivation des professionnels effectuant les examens, notamment les radiologues s'agissant de la

mammographie, pour participer aux programmes organisés s'est également avérée très inégale. Les contraintes étaient pourtant limitées : les radiologues bénéficiaient d'une formation adaptée mise en place hors du dispositif de formation médicale continue du fait du blocage de celle-ci et les actes de dépistage étaient intégrés au sein de l'activité courante des cabinets sous réserve de la conformité des appareils. La réserve des professionnels tient largement à des raisons financières : alors que la mammographie de diagnostic ou de dépistage spontané est rémunérée à 450 F environ, la mammographie de dépistage réalisée dans un cadre organisé n'est rémunérée qu'à 250 F.

Afin d'inciter les professionnels de santé à s'inscrire davantage dans le cadre des programmes nationaux et dans les recommandations par tranche d'âge, un nouvel acte de dépistage devrait prochainement être inscrit à la nomenclature. Les efforts de formation des professionnels de santé et de mise aux normes des appareils de radiologie doivent également être poursuivis de manière à garantir la qualité des examens et de la lecture des résultats.

3. Des difficultés de coordination et des responsabilités mal identifiées

La modification de l'organisation de la concertation entre l'Etat, l'assurance maladie et les professionnels de santé à partir de 1998 a posé le problème du rôle de la CNAMTS dans l'élaboration de la stratégie de dépistage. Principal financeur du dispositif, signataire des conventions passées avec les professionnels de santé, responsable de l'évolution des dépenses de soins ambulatoires, la CNAMTS souhaiterait faire valoir ses préoccupations concernant la qualité des examens pratiqués et les problèmes posés par la coexistence du dépistage spontané. Mais le comité national de prévention, institué par la convention d'objectifs et de gestion liant l'Etat et la CNAMTS, situe le dialogue entre le ministère chargé de la santé et les régimes d'assurance maladie au seul niveau technique des modalités organisationnelles.

Le rôle des collectivités locales devrait également être précisé. Responsables de l'organisation et du financement des structures de dépistage en vertu de la loi du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités locales, les conseils généraux ont très diversement participé à la mise en place des programmes financés par le FNPEIS, dont les crédits servent à rembourser le coût des examens et une petite partie du fonctionnement des structures de gestion des programmes. Le retour à l'Etat de cette compétence favoriserait sans doute une mise en place plus rapide des programmes de dépistage dans les départements qui en sont encore dépourvus et assurerait un accès homogène de la population au dépistage organisé.

Enfin, l'étendue de la responsabilité des différents intervenants des programmes de dépistage gagnerait à être précisée. En effet, malgré le respect du cahier des charges national pour les examens et celui de la réglementation pour les appareils[125], la survenue d'examens faussement positifs ou faussement négatifs ne peut être exclue. Mais ni les responsabilités de l'Etat, ni celles des structures de gestion, ni celles des professionnels de santé n'ont encore été précisées en cas de faux résultat, pas plus qu'en cas de suivi défaillant des personnes.

4. Une articulation avec la prise en charge diagnostique et thérapeutique peu organisée

L'articulation entre les actes de prévention et de dépistage et les actes de prise en charge diagnostique et thérapeutique reste peu développée, comme le montre l'examen de certains programmes régionaux de santé et surtout des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération.

Le cahier des charges national prévoit certes qu'il appartient au comité régional de pilotage du dépistage organisé, en liaison avec l'ARH, de faciliter la prise en charge des soins pour les personnes dont le dépistage s'est avéré positif. Mais la réflexion sur le suivi des personnes dont le dépistage est positif reste très générale et les études peu nombreuses, alors que la rapidité d'intervention est un facteur important de réussite des traitements.

Peu de SROS comportent des indications précises concernant la prévention et le dépistage des cancers, alors que les actions de santé publique et de prévention font partie intégrante des missions des établissements de santé et que ceux-ci disposent des appareils et des compétences en personnel adéquats pour réaliser les examens. La prévention et le dépistage sont traités de trois manières dans les SROS : soit comme relevant de la compétence d'autres acteurs (renvoi au programme régional de santé), soit comme un champ d'application

des réseaux en cours de constitution, soit comme une mission à part entière des hôpitaux. Dans ce dernier cas seulement, des recommandations précises sur la participation des établissements aux actions de santé publique et de dépistage figurent dans les schémas.

RECOMMANDATIONS

1. Augmenter les moyens consacrés à la prévention sous réserve d'une évaluation stricte de la qualité et de l'efficacité des actions menées, notamment en accroissant la part des recettes sur le tabac affectée à l'assurance maladie.

2. Evaluer les pratiques de prévention et de dépistage des professionnels de santé et effectuer des études coût-efficacité des programmes de dépistage.

3. Arrêter rapidement les modalités de mise en oeuvre des programmes de dépistage prévues par l'article L. 1411-2 du code de la santé publique issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Réponse

---

[122] Cf. Rapport de l'instance d'évaluation de la loi Evin, octobre 1999.

[123] 0 803 309 310.

[124] Structure associative qui a précédé la mise en place de l'ANAES.

[125] Les structures de gestion des programmes de dépistage sont responsables de la conformité aux normes des appareils utilisés par les professionnels réalisant les actes de dépistage.

Sommaire

Section III :
La prise en charge thérapeutique

En l'absence d'une définition fine des objectifs de la politique de lutte contre le cancer, les conditions de l'organisation des soins peuvent être appréciées au regard d'un critère très général, celui de l'égalité d'accès à des soins de qualité. Celui ci sera examiné au regard de trois dimensions : la répartition de l'offre, la qualité des soins et le système actuel de tarification et de financement.

I – La répartition de l'offre

Chaque malade doit pouvoir se voir offrir des soins de même qualité quel que soit son lieu de résidence : l'information du patient est un élément essentiel de l'égalité dans l'accès aux soins. Afin d'illustrer la problématique de l'accès aux soins et en l'absence d'indice global des besoins de soins, seront successivement examinés trois types de soins : la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Ils sont utilisés, successivement ou concurremment, dans les traitements. Ils présentent du point de vue de l'offre de soins des caractéristiques propres.

A - La chirurgie

A la question simple de savoir si les patients souffrant d'un cancer ont facilement accès à un établissement effectuant un volume suffisant d'activité en chirurgie pour être de qualité, la réponse n'est pas aisée. La

chirurgie se prête mal à des analyses limitées au cas du cancer. Les chirurgiens ont une approche de leur art par organe et non par pathologie. Par ailleurs, le système statistique existant ne fournit pas de réponse globale à cette interrogation. Le PMSI est organisé selon une grille d'analyse qui évoque plutôt les motifs d'hospitalisation que les actes pratiqués lors du séjour. Seuls certains GHM peuvent être clairement rattachés à une intervention chirurgicale[126]. L'exploitation des données à partir du résumé de sortie anonyme (RSA) pourrait fournir des informations plus précises. Quant aux données de la statistique annuelle des établissements, elles ne sont pas cohérentes avec celles qui résultent de l'exploitation du PMSI.

Seules des études particulières comme celle réalisée par le ministère de l'emploi et de la solidarité (DREES) sur les actes chirurgicaux liés au cancer du sein[127] permettent de présenter quelques constats. L'analyse de la répartition géographique des soins montre, dans ce cas précis, une répartition peu homogène des principales plates-formes chirurgicales publiques (CHU et CLCC) sur l'ensemble du territoire, Au sein de l'hospitalisation publique, les CLCC jouent un rôle important pour ce type de soins ; ils effectuent 22 % de l'activité totale. Toutefois, l'intervention des établissement privés à but lucratif est prédominante dans ce secteur : ils assurent près de la moitié du total des mastectomies. Enfin, le niveau d'activité des établissements est très variable : 10 % des établissements assurent 55 % de l'activité totale mais 50 % des établissements ont effectué moins de 15 interventions chirurgicales par an et environ 50 établissements n'ont assuré qu'une seule intervention. L'étude précise toutefois que dans certains cas, la faible activité n'est pas significative de moindre qualité car, bien qu'à la charge de l'établissement concerné, celui-ci peut "sous-traiter" l'intervention à un établissement plus gros.

Cette étude illustre notamment le besoin de mieux connaître le niveau d'activité des établissements où ne sont effectués qu'un petit nombre d'actes afin de vérifier que cette situation ne nuit pas à la qualité des soins. Il est également essentiel, dans le même but, de prendre en compte l'activité du chirurgien, celui-ci pouvant intervenir dans plusieurs établissements.

B - La radiothérapie

La radiothérapie présente des particularités qui facilitent l'évaluation de la politique mise en œuvre. Cette technique curative repose en effet sur l'utilisation de gros appareils en nombre relativement faible et soumis à autorisation ainsi que sur un corps de spécialistes médicaux bien identifiés et se consacrant quasi-exclusivement au traitement du cancer.

La radiothérapie est soumise à un double régime d'autorisation au titre des équipements et au titre de l'activité de soins. Ces autorisations sont encadrées par des indices de besoins fixés par la carte sanitaire et par des priorités géographiques établies par les schémas nationaux ou régionaux d'organisation sanitaire. Cette organisation permet une gestion relativement claire des autorisations d'implantation. L'équipement du pays correspond globalement à l'indice défini en 1973 et précisé en 1986 et non modifié jusqu'au plan de lutte contre le cancer du 1er février 2000, de 6 appareils supérieurs à 50 000 électrovolts par million d'habitants[128].

Cependant, d'importantes disparités et donc des inégalités potentielles d'accès aux soins existent selon les régions. La région la mieux dotée, le Limousin, a un taux d'équipement de près de 10 appareils pour un million d'habitants alors que la moins bien dotée, le Centre, n'a qu'un taux de 5,1. La répartition apparaît encore plus inégale en prenant en compte la nature, la puissance et l'âge des appareils implantés dans les régions, paramètres indispensables pour apprécier la qualité des soins dispensés. Le taux d'équipement en accélérateurs de particules, qui sont des appareils plus récents et plus précis que les appareils au cobalt, diffère du simple au double selon les régions. Le Languedoc-Rousillon et le Limousin sont les mieux dotés, la Picardie et la Haute-Normandie, les moins bien avec un taux d'équipement intérieur à trois pour un million d'habitants. La concentration des équipements préconisée par une circulaire ministérielle de 1993 pour faire disparaître, dans la mesure du possible les installations isolées, n'est que partiellement mise en œuvre : 18 % des appareils recensés par l'ACRIM[129] sont utilisés en tant que seul équipement de radiothérapie de l'établissement, même si, souvent, des conventions de collaboration sont passées avec des centres voisins.

Indépendamment de l'indice officiel des besoins, il est difficile d'estimer si les besoins de la population en radiothérapie sont correctement satisfaits. Le plan du 1er février 2000 augmente l'indice des besoins de manière à permettre l'installation de 100 nouveaux appareils, mais l'analyse des besoins sur laquelle cette augmentation est fondée demeure globale. L'enquête nationale actuellement conduite par la CNAMTS sur la

radiothérapie pourrait apporter un éclairage plus précis sur cette question.

Il n'existe pas, en revanche, de normes réglementaires concernant les personnels spécialisés en radiothérapie. Le ministère se borne à identifier nominativement le médecin spécialiste à qui est donnée l'autorisation d'exploiter un appareil. En 1998, 598 médecins spécialistes de radiothérapie étaient recensés sous des appellations diverses liées aux nombreuses évolutions de la filière de formation et de la qualification ordinale en cancérologie depuis le début des années 1970 : radiothérapeutes, oncologistes - radiothérapeutes, radiothérapeutes - oncologistes médicaux, radiophysiciens… Le taux de spécialistes par million d'habitants est de 11 en moyenne. Aucun des établissements interrogés par la Cour n'a fait état d'un manque de médecins bien que certains spécialistes considèrent que le nombre de jeunes radiothérapeutes en formation est insuffisant pour un simple renouvellement des générations. Dans ce contexte d'incertitude pour l'avenir, le ministère en charge de la santé n'a pas conduit de réflexions sur le nombre souhaitable de radiothérapeutes, ni par appareil ni par tranche de population.

C - La chimiothérapie

La chimiothérapie est globalement moins contrôlée par l'administration sanitaire que la radiothérapie. Les places de chimiothérapie ambulatoire, publiques et privées, entrent dans le champ des alternatives à l'hospitalisation ; elles sont autorisées dans le cadre de la carte sanitaire et des dispositions de transformation de lits en places. Par ailleurs, diverses circulaires ont précisé les normes de sécurité à respecter, non seulement dans l'intérêt des patients, mais également pour préserver les personnels soignants amenés à manipuler des drogues dangereuses.

En l'absence, comme en chirurgie, de données globales permettant de mesurer simplement la répartition des dépenses sur le territoire et de vérifier leur adéquation à un éventuel indice de besoins, seules des études locales peuvent être mobilisées pour formuler quelques appréciations.

Les données en provenance des échelons locaux ou régionaux du service médical de l'assurance maladie, pour ponctuelles qu'elles soient, soulignent un certain nombre d'anomalies. L'encadrement de l'activité ambulatoire privée lucrative par un nombre de places autorisées et la procédure de prise en charge préalable ne paraissent plus adaptés à la réalité de l'activité. L'enquête conduite en Bretagne montre qu'il existe une certaine déconnexion entre l'activité réelle des établissements et leur capacité d'accueil théorique. En Bretagne toujours, ainsi qu'à Saint–Etienne, sont mises en évidence la grande variété de protocoles utilisés en matière de chimiothérapie pour des situations cliniques comparables ainsi que l'utilisation de protocoles plus récents et plus onéreux dans le secteur privé à but lucratif que dans le secteur public.

En ajoutant à ces observations les conséquences des différences de modes de tarification qui sont analysées ci-dessous, il convient de conclure à des indices concordants d'une différenciation injustifiée des traitements.

II - La qualité des soins

Diverses démarches partielles ont été récemment initiées soit par l'Etat soit par les acteurs du système de santé en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Les principaux axes de cette amélioration sont définis dans l'introduction de la circulaire du 24 mars 1998 : encourager les schémas de prise en charge de malades fondés sur des protocoles validés scientifiquement, adapter et graduer les soins, favoriser les procédures d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, répartir de manière équilibrée les capacités de soins sur l'ensemble du territoire.

Les observations faites précédemment qui soulignent les limites des systèmes d'information relatifs à l'offre de soins, témoignent des difficultés de mise en œuvre d'une approche quantitative. Sera développée ici l'approche qualitative illustrée par la constitution de protocoles et de référentiels de soins ainsi que par la mise en place d'une organisation des soins plus structurée.

A - La constitution de référentiels et de protocoles de soins

La démarche de normalisation des soins actuellement engagée correspond à l'idée qu'une pratique médicale doit pouvoir être justifiée par la référence à des protocoles dont l'efficacité a été démontrée scientifiquement. La constitution et la diffusion de référentiels en cancérologie s'imposent d'autant plus que les études

disponibles, notamment celles conduites par l'Union européenne dans le cadre du programme Eurocare, montrent des variations sensibles et non expliquées dans la prise en charge globale d'un même type de cancer selon les établissements ou les zones géographiques. L'ANAES, la FNCLCC, les sociétés savantes et les établissements eux-mêmes participent à l'élaboration de ces référentiels.

1. Les recommandations de l'ANAES

En s'en tenant aux seules recommandations classées « cancérologie », le rôle de l'ANAES est tout à la fois modeste en volume et peu clair dans la méthode. Selon son directeur, 5 à 10 % de l'activité de l'ANAES est actuellement consacrée au cancer, celui-ci constituant une priorité moindre que par le passé. Une seule étude a été publiée en 1999. Surtout, les référentiels de l'ANAES, par leurs statuts divers, conférences de consensus, recommandations pour la pratique clinique ou encore recommandations et références médicales, sont d'utilisation malaisée pour les praticiens de santé. Ils apparaissent également à certains déjà anciens, compte tenu du rythme rapide d'évolution des connaissances. Toutefois, d'autres référentiels élaborés par l'ANAES (technique d'imagerie, pratique de la chirurgie, soins palliatifs, traitement de la douleur) participent également de la prise en charge globale des patients atteints d'un cancer.

2. Les Standards, Options, Recommandations de la FNLCC

La FNCLCC a souhaité valoriser son expérience pour jouer au profit des centres anti-cancéreux un rôle assez voisin de celui de l'ANAES. Une coordination entre l'ANAES et la FNLCC est en train de s'instaurer, notamment par des travaux communs sur le cancer du sein. Selon la fédération, l'élaboration des "standards, options, recommandations" (SOR) a pour but "d'améliorer l'efficience et la qualité des soins apportés aux patients atteints de cancer". En pratique, les SOR se présentent comme des manuels comportant des arbres de décision et des bilans de connaissances sur chaque question, les méthodes préconisées étant classées dans chacune des catégories, standards, options ou recommandations selon le degré d'unanimité qu'elles recueillent. Ils ne couvrent pas l'ensemble du champ de la cancérologie.

L'enquête conduite par la Cour auprès des CLCC comme des CHU montre que les SOR sont mieux connus que les référentiels de l'ANAES dans les deux catégories d'établissements de santé. Pour sa part, le ministère en charge de la santé n'a pendant longtemps pas choisi entre la démarche de l'ANAES et celle de la FNCLCC puisqu'il finançait les deux, les SOR étant en outre subventionnés notamment par la Ligue nationale contre le cancer.

3. Les référentiels propres à une structure de soins.

Les recommandations de l'ANAES ou les SOR servent également de sources pour l'élaboration par les établissements de soins eux-mêmes de leurs propres recueils de fiches à visée pratique, tantôt appelées "thésaurus", tantôt "référentiels". Ces thésaurus peuvent être utilisés par un établissement ou par un réseau.

Les thésaurus des CHU sont plus ou moins normatifs : simplement mis à disposition à Lyon, Bordeaux ou Marseille par exemple, leur usage est obligatoire dans d'autres établissements comme à Tours et Amiens. Des thésaurus particuliers existent aussi dans certains CLCC.

La mise en œuvre d'une standardisation des soins dans le cadre d'un réseau peut être de nature à poser de délicats problèmes de responsabilité en cas d'accident thérapeutique. Pour s'en prémunir, le thésaurus du réseau ONCORA (Rhône-Alpes) introduit ses préconisations de traitement par une mention précisant que le réseau "décline toute forme de responsabilité en ce qui concerne les conséquences éventuelles de tous ordres - notamment thérapeutiques- qui pourraient résulter de la mise en œuvre des recommandations contenues dans ce thésaurus".

L'existence de ces référentiels de soins apparaît comme un critère significatif de la qualité des soins et leur valeur pourrait être renforcée par une procédure d'évaluation conduite par l'ANAES. Pourtant, trop peu d'établissements, y compris les grands CHU en sont encore dotés. Les variations possibles de référentiels selon les structures de soins illustrent l'absence de politique organisée en matière de qualité des soins.

B - La structuration de l'organisation des soins

L’organisation de filières de soins constitue un autre moyen d’améliorer la qualité des soins. Les dispositifs les plus récents évoquent tout à la fois la gradation de la prise en charge et la mise en œuvre de réseaux.

1. La gradation de la prise en charge

La circulaire du 24 mars 1998 relative à l’organisation des soins en cancérologie crée trois niveaux de structures de soins en cancérologie : les "sites de référence en cancérologie", les "sites orientés en cancérologie" et les "moyens de proximité traitant les patients cancéreux" en fonction des missions qui leur sont confiées et de l’importance des équipements dont ils disposent. Cette circulaire est contemporaine de celle relative à la révision des SROS qui est du 26 mars de la même année. Si le texte relatif aux SROS n’évoque que brièvement l’organisation de la cancérologie, la circulaire propre à cette pathologie se place clairement dans le cadre des futurs SROS "de deuxième génération" qui doivent permettre la mise en œuvre de la nouvelle organisation préconisée. L’examen d’un échantillon de treize SROS de deuxième génération montre que les orientations ministérielles ont été inégalement mises en œuvre (sur le contenu général des SROS de deuxième génération, cf. chapitre V, *supra*, p. 00).

Tous les SROS examinés font référence à la circulaire du 24 mars 1998 et comportent un volet "cancérologie" plus ou moins développée selon les régions. Toutefois, les SROS ne précisent que rarement les conséquences pratiques de ce texte sur la stratégie régionale. La structuration en trois niveaux de compétences des établissements de soins n’est pas décrite dans tous les documents ou, lorsqu’elle l’est, la désignation des établissements appartenant à chacune des catégories n’est pas faite. Les ARH auront donc la responsabilité de susciter et de soutenir les projets d’établissements compatibles avec le SROS afin de leur donner progressivement un contenu concret.

2. Les réseaux de soins

La notion de réseau est essentielle en cancérologie compte tenu de l’importance donnée à la pluridisciplinarité dans la prise en charge thérapeutique. Le rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 évoque les réseaux de soins en cancérologie comme le moyen de garantir à chacun une orientation vers une structure adaptée à son cas.

Compte tenu du manque de précision des textes instituant les réseaux, l’organisation de ceux-ci en cancérologie peut s‘appuyer tant sur les dispositions de l’article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale que sur celles de l’article L. 712-3-2 du code de la santé publique qui concerne notamment des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes. Bien que ces réseaux aient des caractéristiques différentes, les diverses circulaires du ministère en charge de la santé qui abordent le sujet ne se prononcent pas sur l’utilisation de l’une ou l’autre des procédures.

La notion de réseau de soins en cancérologie est présente dans l’ensemble des SROS de deuxième génération examinés mais leur organisation est très variable. Dans une première série de cas, l’ensemble des établissements de soins compétents en cancérologie est intégré dans un réseau unique sans compétition possible entre plusieurs structures ; dans d’autres cas, l’ARH a admis ou encouragé la constitution de plusieurs réseaux différents à l’intérieur de la région, potentiellement en rivalité. Cette logique concurrentielle devrait nécessiter un effort d’information particulier vis-à-vis des patients qui pourraient être amener à choisir leur établissement de soins en fonction du réseau auquel il appartient.

Concrètement, beaucoup de réseaux annoncés sont encore à l’état de projet. L’analyse de quelques réseaux existants permet de conclure que ceux-ci participent à l’amélioration de la prise en charge des patients. Ils mettent en œuvre des protocoles de soins qui leur sont propres et disposent de procédures d’évaluation interne, mais il n’existe pas de procédures de sanctions internes au réseau propres à assurer son auto-régulation. Par ailleurs, le dossier médical unique n’est encore qu’un projet pour beaucoup.

III – la tarification et le financement des soins

A – Le système actuel de tarification et de financement

Le système actuel de tarification et de financement pose un certain nombre de problèmes relatifs à l’allocation

des ressources financières, à la qualité des soins et aux conditions de prise en charge des malades.

1. La tarification de la radiothérapie

Lorsqu'elle est effectuée en clinique privée ou en secteur libéral, la radiothérapie est rémunérée selon une tarification reposant sur la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Il est difficile de se prononcer sur la pertinence du niveau de cette tarification[130] : les professionnels estiment qu'il est anormalement bas ; le gouvernement semble partager ce constat puisque le plan cancer du 1er février 2000 prévoit que certains actes seront revalorisés sans que d'autres soient dévalorisés, ce qui revient à une revalorisation globale ; toutefois, aucune étude de fond ne démontre une sous-tarification manifeste et, à l'inverse, 44 % des appareils sont déjà dans le secteur privé et les demandes d'agrément pour des appareils supplémentaires sont nombreuses.

En revanche, il est certain que la NGAP, qui a très peu évolué depuis les années soixante-dix, n'est plus adaptée aux techniques et connaissances actuelles et peut même avoir un impact négatif sur la qualité des soins. Elle privilégie, en effet, l'emploi d'énergies importantes alors qu'il est admis aujourd'hui que des énergies mieux dosées sont souvent aussi efficaces et moins nocives. De plus, elle rémunère mal les travaux de préparation de l'irradiation (en particulier la réalisation de caches et de moyens de contention), ce qui n'incite pas à rechercher les irradiations les plus précises et limitées possibles.

Lorsqu'elle est effectuée en établissement hospitalier sous dotation globale en hospitalisation complète, la radiothérapie n'est pas identifiée par un GHM spécifique. Seule la radiothérapie effectuée en ambulatoire, c'est-à-dire avec une hospitalisation inférieure à 24 heures, fait l'objet d'un GHM spécifique (GHM 682). Jusqu'au début de cette année, ce GHM n'était pas satisfaisant car il regroupait des actes très divers à forte variabilité de coûts. Depuis le 1er janvier 2000, il a été éclaté en cinq GHM différents (dont deux portant sur les actes de préparation de l'irradiation), ce qui permet une prise en compte beaucoup plus précise et limite la tentation de choisir l'acte le moins onéreux au détriment de la qualité de vie du patient.

2. La prise en charge de la chimiothérapie

La forte augmentation des prix des médicaments anticancéreux ces dernières années et les grandes variations de coûts des traitements selon les molécules utilisées ont rendu les systèmes de prise en charge de la chimiothérapie inadaptés aux réalités actuelles et susceptibles de créer d'importantes inégalités dans la qualité des soins :

En établissement hospitalier sous dotation globale, la chimiothérapie est décrite, comme les autres activités, par le PMSI. Toutefois, le PMSI prend mal en compte sa spécificité :

- d'une part, par construction, la valorisation des activités par GHM repose sur l'étude nationale de coûts effectuée trois ans plus tôt[131] ; or, sur ces trois dernières années, le coût moyen des médicaments utilisés en cure de chimiothérapie a plus que doublé dans une majorité d'établissements ;

- d'autre part, un seul GHM (le GHM 681) couvre l'ensemble de la chimiothérapie ambulatoire et offre la même valorisation à toutes les cures quelles que soient les molécules utilisées, ce qui entraîne des écarts parfois considérables : ainsi, une étude réalisée par le centre hospitalier Lyon-Sud montre-t-elle que la rémunération déduite du PMSI des médicaments anticancéreux utilisés dans le centre lors de traitements ambulatoires était de 631 F en 1999, alors que les coûts réels des nouveaux cytostatiques variaient entre 2 076 F pour le Gemzar® et 21 237 F pour la Leustatine®.

L'activité de chimiothérapie des établissements sous dotation globale étant mal prise en compte par le PMSI, ces établissements ressentent une contrainte financière de plus en plus forte qui peut les conduire à limiter l'usage des nouvelles molécules, lesquelles réduisent les effets secondaires mais sont beaucoup plus chères, et à privilégier les traitements en hospitalisation complète pour lesquels la valorisation PMSI est moins pénalisante en raison de la bonne description des coûts hôteliers et des coûts médicaux hors médicaments.

Le système de tarification appliqué aux établissements privés à but lucratif est lui aussi, générateur d'importantes distorsions. En effet, si le patient est traité en hospitalisation complète, la clinique est remboursée d'un forfait journalier médicament variant en général entre 70 et 200 F, donc assez loin de

pouvoir couvrir le coût des nouveaux médicaments anticancéreux. A l'inverse, si le patient est traité en ambulatoire, les médicaments sont remboursés aux cliniques par l'assurance maladie sur la base de leur coût réel, majoré éventuellement d'une marge pouvant atteindre 30 %.

Ce système peut donc entraîner trois types de discriminations :

- une clinique privée pouvant être financièrement pénalisée lorsqu'elle réalise des chimiothérapies pour des patients en hospitalisation complète, a intérêt à essayer de traiter ses patients en hospitalisation de jour ou à les orienter vers un établissement sous dotation globale ;

- en revanche, un patient traité en ambulatoire dans un établissement privé à but lucratif bénéficiera plus facilement des médicaments les plus chers et les plus récents qu'un patient traité dans un établissement sous dotation globale ;

- avec la forte augmentation du coût des molécules, la marge qui devait au départ compenser en particulier des frais de stockage et de manipulation, peut représenter des montants importants pour une clinique privée et l'inciter, à effets égaux, à prescrire les médicaments les plus coûteux.

3. La détermination des dotations globales

La dotation des établissements publics et PSPH est arrêtée par les ARH, en prenant notamment en compte les informations données par le PMSI. Cette approche constitue une avancée importante dans la rationalisation de la répartition de l'enveloppe hospitalière globale entre régions et entre établissements car elle permet un suivi beaucoup plus précis de l'évolution de l'activité réelle des établissements. Cependant, dans son utilisation budgétaire, le PMSI présente des faiblesses dont certaines sont sérieuses en matière de cancer.

En premier lieu, il accentue le risque de tri ou "d'écrémage" des patients. Un établissement peut, en effet, calculer le coût potentiel d'un patient et le comparer au coût théorique selon la valorisation issue du PMSI. Si l'écart est trop grand en sa défaveur, ce qui n'est pas exceptionnel en cancérologie en raison de la dispersion des coûts des traitements au sein d'un même GHM, il peut alors chercher à l'orienter vers d'autres établissements.

En second lieu, le PMSI peut influer sur les pratiques thérapeutiques, par exemple en retardant, pour raisons financières, l'utilisation de nouveaux traitements plus onéreux, ou en suscitant des hospitalisations répétées pas nécessairement indispensables (ainsi, une cure de cinq séances de chimiothérapie sera-t-elle mieux valorisée si chacune de ces séances fait l'objet d'une hospitalisation plutôt que d'être effectuée à domicile comme c'est parfois possible[132]).

En troisième lieu, ne mesurant pas la qualité des soins et décrivant le coût moyen de l'échantillon national et non un coût optimum des traitements, le PMSI ne peut constituer un instrument budgétaire unique et doit être complété par des études plus détaillées.

4. Les relations entre l'hôpital et la médecine de ville

Le traitement d'un patient souffrant de cancer se partage souvent entre la médecine de ville et l'hôpital. Comme il n'est fait aucune mesure de l'activité de ville, en raison de l'absence de codage par pathologie, ni aucune mesure des coûts du transport sanitaire par pathologie, il est difficile d'estimer si, à qualité de soins et de confort comparable, les patients ne devraient pas être plus souvent traités à domicile. Réciproquement, il est difficile de vérifier qu'un établissement hospitalier n'ait pas parfois tendance, pour des questions budgétaires internes, à écarter l'hospitalisation de certains de ses patients alors que le traitement en ville n'est pas le plus adapté pour ceux-ci et qu'il n'est pas forcément moins coûteux pour l'assurance maladie.

De telles pratiques ont des répercussions sur les enveloppes de dépenses et montrent les limites de la distinction actuellement opérée entre enveloppe de ville et enveloppe hospitalière.

B – Les voies d'amélioration du système de tarification et de financement des traitements du cancer

La réduction des discriminations que le système actuel de tarification et de financement est susceptible d'engendrer, suppose au préalable une meilleure connaissance des coûts.

1. La nécessité d'une bonne mesure des coûts

Une connaissance précise des coûts est indispensable à la mise en place d'un bon système de tarification et de financement. Trois améliorations sont prioritaires :

- un système de codage modernisé et étendu à la médecine de ville (un important travail est actuellement en cours pour parvenir à une classification commune des actes médicaux et de santé qui permettrait de coder et décrire l'activité de l'ensemble des professionnels de santé) (sur ce sujet, cf. chapitre préliminaire, *supra*, p. 15) ;

- le développement de comptabilités analytiques performantes et prenant en compte des informations classées par pathologies ; ce travail, très lourd, devra être mené dans le contexte des moyens humains et financiers disponibles et ne pourra qu'être lent et limité ; il est donc souhaitable que l'effort actuel des établissements pour mener des études ponctuelles de coûts sur les traitements du cancer se poursuive et que les résultats de ces études fassent l'objet d'une centralisation et d'une exploitation par le ministère de l'emploi et de la solidarité ;

- l'amélioration continue de l'outil PMSI ; une avancée significative a été faite au 1er janvier 2000 avec la mise en place du "diagnostic relié" qui explique pourquoi le séjour a été prescrit (cette avancée est importante en matière de cancer car, jusqu'alors, lorsqu'un patient était par exemple hospitalisé pour une fracture osseuse, le seul "diagnostic associé" permettait de savoir qu'il souffrait également d'un cancer, mais ne permettait pas de savoir si la fracture elle-même était due au cancer) ; d'autres améliorations sont actuellement étudiées ou devraient l'être, avec une incidence forte pour le cancer : le chaînage des séjours, la création de GHM supplémentaires en cancérologie, la prise en compte du stade de la maladie, la prise en compte du coût de l'interdisciplinarité…

2. L'adaptation ou la réforme de la tarification et du financement

A partir d'une bonne connaissance des coûts, plusieurs voies d'adaptation ou de réforme peuvent être préconisées.

En matière de radiothérapie, si le niveau moyen de la tarification ne devrait être modifié qu'après une étude détaillée de coûts, la structure de la NGAP doit elle-même être réformée dans les meilleurs délais afin de prendre en compte les progrès récents des connaissances et des techniques.

En matière de chimiothérapie, plusieurs mesures sont de nature à réduire les distorsions causées par les modalités de financement. Elles concernent :

- la réduction ou la suppression, de façon progressive mais rapide, de la marge des 30 % accordée aux établissements privés à but lucratif, marge dont la justification est faible, qui représente un surcoût pour l'assurance maladie et qui entraîne des différences de traitement importantes avec le secteur hospitalier sous dotation globale ;

- la prise en compte de la spécificité actuelle de la chimiothérapie dans le PMSI ou au moment de la fixation des dotations globales pour les établissements sous dotation comme dans l'établissement du forfait médicament pour les établissements privés à but lucratif, afin de permettre à l'ensemble des établissements de faire face à l'augmentation très rapide du prix des molécules ;

- la création de plusieurs GHM, comme cela a été fait en radiothérapie, afin de mieux prendre en compte la variété des situations en chimiothérapie ambulatoire.

Enfin, de façon plus générale, la meilleure tarification étant en théorie celle qui se rapproche le plus des coûts réels complétés par d'éventuelles marges, la réflexion se développe en France, comme dans beaucoup de pays

occidentaux, sur un système de tarification à la pathologie qui aurait l'avantage de fonder le financement de chaque établissement sur une mesure plus juste de son activité, de rapprocher les modes de financement des deux secteurs de l'hospitalisation et de permettre la mise en œuvre de nouveaux modes de régulations plus efficaces et plus équitables.

L'article 55 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a permis au gouvernement de lancer une expérimentation en la matière. Les groupes de pilotage et de travail sont aujourd'hui constitués et une première expérimentation sur site devrait être conduite l'an prochain. Les problèmes méthodologiques sont considérables, mais les résultats de ces travaux pourraient être fondamentaux pour une pathologie aussi importante que celle du cancer (environ 15 % de l'activité hospitalière) et présentant des problèmes de tarification et de financement aussi significatifs.

RECOMMANDATIONS

1. Développer la connaissance de l'offre de soins par pathologie, notamment par une exploitation au niveau national des enquêtes conduites au plan local.

2. Progresser dans la mise en place de la gradation en trois niveaux des structures de soins prévue par la circulaire du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.

3. Encourager la mise en œuvre de référentiels de soins.

4. Réduire les distorsions liées au système actuel de tarification et de financement : actualiser la nomenclature de la radiothérapie, harmoniser le niveau de financement de la chimiothérapie dans les secteurs public et privé, en veillant à supprimer les marges non justifiées et à mieux prendre en compte des coûts fortement croissants.

SYNTHESE

Les observations formulées à propos de la lutte contre le cancer mettent en évidence certaines caractéristiques de la santé publique en France ainsi que les freins à la définition d'une politique structurée et cohérente.

Le contexte dans lequel s'inscrit cette politique est celui du libre choix du médecin par le malade et d'une atomisation des centres de décision. Cette liberté ne doit pas empêcher, au cas particulier de la cancérologie, que les politiques de prévention et de détection précoce soient relativement structurées pour être efficaces. En outre, il est communément admis, pour cette pathologie, que la qualité de la prise en charge du patient est très fortement influencée par le premier accès dans le système de soins. Alors que celui-ci est souvent laissée à l'initiative du patient, aucune information organisée n'est mise à sa disposition.

Les politiques mises en œuvre ne corrigent pas les inconvénients qui peuvent découler de ces choix de base. Le ministère en charge de la santé n'a pas encore appliqué les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afférentes aux programmes de dépistage organisé, c'est-à-dire n'a pas publié les textes, et notamment le décret fixant la liste des examens et tests de dépistage qui ne peuvent être réalisés que par des professionnels et des organismes ayant souscrit une convention avec l'assurance maladie. Les mesures récemment prises pour rationaliser l'organisation des soins et tendre vers l'égalité d'accès à des soins de qualité n'ont, pour leur part, pas de valeur normative. Les préconisations de la circulaire du 24 mars 1998 relatives à l'organisation des soins en cancérologie ne sont que des recommandations. Leur mise en œuvre à travers les SROS, pour autant qu'elle impliquait de faire des choix entre des établissements hospitaliers, ne sera que progressive. La constitution de réseaux est prévue par la loi, mais elle n'est qu'une faculté offerte aux professionnels de santé. La démarche de normalisation des soins à travers l'élaboration de référentiels et de protocoles se développe en ordre dispersé. Les rôles respectifs de l'ANAES et de la FNCLCC, qui a fait dans ce domaine un travail important, n'ont pas été explicités. Une coordination commence cependant à s'instaurer. La variation de contenu des référentiels selon les établissements illustre l'absence d'une politique organisée de qualité de soins.

Les systèmes d'information nécessaires à la mise en œuvre d'une conception et d'une évaluation de la politique

de santé, appréhendée par le biais d'une pathologie, ne sont pas suffisamment exhaustifs. L'étude a souligné les progrès considérables que la mise en place du PMSI a permis dans la connaissance de l'activité hospitalière et de ses coûts. L'utilisation de cet outil est une avancée importante dans la qualité et la rationalité de la répartition de l'enveloppe hospitalière globale entre régions et entre établissements. Le PMSI comporte cependant encore des imperfections et des limites qui expliquent son utilisation non mécanique par les ARH en tant qu'outil budgétaire.

Les moyens de connaissance de l'offre de soins ne sont pas adaptés, en revanche, à une exploitation par pathologie. Hormis dans le cas des centres de lutte contre le cancer, il n'est pas possible d'identifier le nombre de lits ou de places utilisés au titre des soins en cancérologie, alors qu'il s'agit de l'unité de compte de la carte sanitaire. Les données épidémiologiques disponibles n'étant ni suffisamment exhaustives ni suffisamment valorisées, aucune approche globale et quantitative de l'adéquation de l'offre de soins aux besoins ne peut être mise en œuvre. Cette situation explique le développement des analyses sectorielles et locales, non exhaustives, mais prenant en compte la notion de qualité des soins. Toutefois, même si de telles études sont souvent publiées, l'exploitation de leurs résultats au niveau national, et en particulier à la DGS, est loin d'être systématique.

Du fait d'une connaissance encore limitée des coûts par pathologie, le ministère de la santé et les caisses d'assurance maladie ne sont pas encore pourvus d'outils appropriés pour conduire des études de coût/efficacité pour l'organisation du dépistage et des soins ; l'allocation des ressources s'effectue sur la base de critères globaux qui ne garantissent pas leur répartition optimale.

Surtout, une véritable politique de santé ne sera mise en place que lorsque les différents acteurs, et notamment l'Etat et l'assurance maladie, travailleront mieux ensemble et seront en mesure de combiner une approche par pathologie, une approche par population et une approche par producteurs d'actes qu'il s'agisse de prévention, de dépistage, de diagnostic ou de traitement, et donc d'évaluer la performance globale du système. Cette démarche est plus qu'ambitieuse dans un contexte de difficile coordination.

Au sein du ministère en charge de la santé, la compétence de la DGS et celle de la direction des hôpitaux se recouvraient en partie, notamment pour l'organisation des soins jusqu'à l'actuelle réorganisation. L'absence de structure spécialisée sur les pathologies dans l'une et l'autre des directions ne facilite pas le rapprochement des points de vue et ne prédispose pas ces structures à remplir les nombreuses missions dont elles sont chargées.

Il convient, à cet égard, de souligner les faiblesses des moyens consacrés par la DGS[133]. Alors qu'elle délègue certaines des missions qu'elle devrait assurer à d'autres intervenants (ligue nationale contre le cancer par exemple au cas particulier du cancer), des interrogations persistent sur sa capacité à exploiter les données épidémiologiques qui lui seront fournies par l'institut de veille sanitaire. Par ailleurs, le ministère ne reconnaît à l'assurance maladie de rôle actif qu'en matière de prévention et de dépistage, mais non de soins. Pourtant, la convention d'objectifs et de gestion 1997/1999 laisse penser que la CNAMTS pourrait avoir une certaine action dans ce domaine, dans une optique de rationalisation de la dépense et d'amélioration des filières de soins par l'intermédiaire du contrôle médical.

La CNAMTS s'est d'ailleurs engagée dans une réflexion dite "projets prérequis nationaux" dont la finalité serait d'établir pour un nombre réduit de pathologies des indicateurs de besoins à partir du recensement de la population, le plateau technique idéal avec les seuils d'activité, et des indicateurs de besoin d'offre. Ce projet très ambitieux, puisqu'il vise à réfléchir à une organisation sanitaire découlant des besoins de la population, ne semble en être qu'aux tout premiers stades de la réflexion. Il témoigne essentiellement de l'intérêt d'une meilleure coordination des analyses et des projets de l'Etat et de l'assurance maladie en vue d'une amélioration de la santé et du bien-être des Français.

Réponse

---

[126] tel le GHM 369 : mastectomie totale pour tumeur maligne, âge inférieur à 70 ans sans complication ou morbidité associée.

[127] Etudes et résultats n°18 – juin 1999.

[128] Le taux réel est de 6,1 appareils par million d'habitants.

[129] Annuaire de la cancérologie / radiothérapie et des imageries médicales

[130] En juillet 1998, le gouvernement a ramené la valeur de la lettre clé de radiologie, Z, de 10,95 à 10,60 francs. Par arrêté du 2 octobre 1998, il a ensuite créé une lettre-clé Z4, spécifique à la radiothérapie, pour permettre un retour, pour les seuls radiothérapeutes, au niveau du Z d'avant juillet.

[131] La dotation pour l'exercice n+1 d'un établissement est arrêtée en n par l'ARH, à partir des données de l'année n-2 de l'étude de coûts, données recueillies et traitées en n-1 et n.

[132] L'absence de chaînage des séjours, pour préserver l'anonymat des patients, ne permet pas de détecter ces pratiques et, de façon plus générale, ne permet pas de suivre un patient tout au long de son traitement, ses diverses hospitalisations ne pouvant être identifiées dans le cadre du PMSI.

[133] Deux personnes suivaient jusqu'au début de l'année 2000 la politique de lutte contre le cancer à la DGS. La plus ancienne dans ce secteur vient de quitter le ministère.

Sommaire

LA SECURITE SOCIALE

CHAPITRE VIII

Les politiques conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie

Depuis 1971, un dispositif conventionnel national organise la participation des caisses d'assurance maladie au remboursement des soins et prescriptions délivrés par les professionnels de santé. Il vise ainsi à concilier les deux caractéristiques dont la coexistence fait l'une des spécificités du système français de protection sociale : l'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales, assorti du libre accès à leurs soins et prescriptions d'une part, une assurance maladie obligatoire d'autre part. Il institue une forme de participation des professionnels libéraux à l'exécution du service public de la sécurité sociale et les associe à sa définition.

Initialement limitées à la fixation d'un tarif unique à l'échelle nationale pour l'ensemble des professionnels, les conventions ont vu leur champ et leur objet s'élargir pour englober une part croissante des composantes de la relation entre le patient et les professionnels de santé. Elles comprennent principalement deux types de dispositions : celles visant à la régulation collective des systèmes de soins et celles qui, dans une optique plus qualitative, visent à modifier les pratiques individuelles.

Cette ambition croissante a rencontré des limites de plus en plus évidentes. Le bilan établi par la Cour montre que les conventions n'ont réussi ni à assurer la régulation des dépenses, ni à modifier les pratiques individuelles (section I). La formule du généraliste référent, mise en place par les partenaires conventionnels pour tenter de trouver une voie nouvelle, n'a guère conduit pour l'instant à des résultats tangibles (section II.) Plus fondamentalement, le cadre conventionnel lui-même, tel qu'il s'est développé, débouche sur des difficultés juridiques de fond (section III). Une réflexion et une réforme d'ensemble apparaissent aujourd'hui nécessaires. Les observations qui suivent visent à présenter non pas un bilan exhaustif mais des éléments qui paraissent à la Cour devoir contribuer à éclairer certaines voies d'une telle réforme.

Section I : Les limites des politiques conventionnelles

Les conventions

Depuis la loi du 3 juillet 1971, des conventions entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé et deux au moins des caisses nationales d'assurance maladie règlent leurs rapports. Elles prévoient aussi des dispositions qui concernent directement les patients, notamment l'évolution des tarifs. Les actes et prescriptions des professionnels conventionnés sont partiellement remboursés par l'assurance maladie.

Il existe une convention par profession. Elle entre en vigueur après son approbation par un arrêté interministériel, et ses dispositions sont alors obligatoires pour les professionnels conventionnés. Les conventions sont nationales, alors qu'elles étaient départementales jusqu'en 1971.

Dans le cas des médecins, à défaut d'accord, le gouvernement peut, depuis 1996, prendre un "règlement conventionnel minimum".

Les conventions ont eu le mérite de donner un cadre au dialogue entre l'assurance maladie et les professions de santé. C'est aussi dans ce cadre qu'a pu intervenir un développement massif de l'offre de soins tout en maintenant, pour la plupart des actes et prescriptions, un taux de remboursement important. Les limites n'en sont pas moins manifestes.

I – Les limites dans la régulation collective de l’offre de soins

A – La régulation par les tarifs et la négociation d'avantages annexes

L’efficacité des mécanismes conventionnels suppose qu’un maximum de professionnels accepte de rentrer dans la logique d'une tarification unique servant de base au remboursement, de manière que chaque assuré puisse s’adresser à un professionnel conventionné. Lors de la négociation des premières conventions notamment, le souci de l’assurance maladie et des pouvoirs publics a donc été de conclure des conventions suffisamment attractives. De ce point de vue, le succès est manifeste puisque plus de 99% des professionnels de santé sont conventionnés. Il tient à l’importance économique du conventionnement pour les professionnels puisqu’il constitue le moyen de solvabiliser la demande.

Pour deux professions importantes, les médecins de ville et les dentistes, ce succès en termes de taux d’adhésion n’a toutefois été acquis qu’au prix d’une différenciation des prix et des taux de remboursement, contraire à la logique des conventions et qui réduit la qualité de la prise en charge : pour les dentistes, de manière très généralisée, avec la possibilité de dépasser des tarifs conventionnels trop faibles[134] ; pour les médecins, avec l'acceptation du droit à dépassement et surtout, depuis 1980, du secteur 2[135], consistant à autoriser des médecins à dépasser les tarifs opposables tout en restant conventionnés. Le secteur 2, s’il ne représente globalement que le quart des médecins, est majoritaire pour certaines spécialités et dans certains départements, notamment à Paris.

L’adhésion des médecins n’a été acquise aussi qu’en consentant aux spécialistes des tarifs sensiblement supérieurs à ceux des généralistes, ce qui a favorisé, sur le long terme, un déplacement de l’offre de soins vers la fonction de spécialiste : le nombre de spécialistes exerçant en ville est beaucoup plus important par rapport à celui des généralistes que ce n’est le cas dans la plupart des pays.

En outre, alors que le conventionnement est par nature un équilibre entre des tarifs plafonnés et la solvabilisation de la demande permise par le remboursement, le second aspect a de plus en plus été considéré comme allant de soi, et la négociation a de manière croissante porté sur les avantages annexes. Ceux-ci ont été considérés comme des concessions permettant la signature de certains syndicats médicaux, et cela sans que soient toujours demandées ou obtenues de réelles contreparties.

Les deux avantages les plus importants sont la prise en charge, par l'assurance maladie, d’une fraction des cotisations sociales des professionnels et, pour les médecins, celle des deux tiers du régime particulier de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV).

Le premier avantage, qui coûte 8,2 MdF à l’assurance maladie, représente un supplément de revenu net de 12,7 % pour les médecins,
10,2 % pour les dentistes et les sages-femmes et 8,9 % pour les auxiliaires médicaux. Il avait été accordé au départ en échange de la signature des conventions et de l’adhésion des médecins. Même après que les conventions ont été annulées par le Conseil d’Etat – ce qui a été fréquemment le cas – cet avantage a été maintenu. Dans le cas des spécialistes qui n’ont pas accepté en 1997 de conclure une convention, il est simplement réduit mais non remis en cause. Pour les autres professions, il a été maintenu intégralement, sauf pour les dentistes lorsqu’ils avaient décidé en 1993 de s’affranchir des tarifs autorisés. Au surplus, l’assiette utilisée pour le calcul des cotisations prises en charge est constituée des revenus nets ; elle favorise donc les praticiens qui ont un volume d’activité élevé et, pour les dentistes, ceux qui procèdent à des dépassements d’honoraires. Pour ces derniers, la cotisation prise en charge par l’assurance maladie sur cette partie de l’assiette s’élève à 842 MF (60 % du total).

Cet avantage a été progressivement accru : pour les médecins, il a été étendu en 1990 à une fraction des cotisations d'allocations familiales, et la prise en charge de la cotisation vieillesse est passée en 1999 de 104 à 120 fois la valeur de la lettre clé C.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a certes introduit la possibilité pour les caisses de majorer la prise en charge pour faire évoluer le système de soins, mais les modalités d’application de ce principe n’ont pas été définies et il est très difficile de mettre en cause un avantage considéré de longue date comme partie intégrante du revenu réel. La prise en charge des cotisations, qui constitue en réalité l’équivalent d’un supplément d’honoraires, obscurcit d’ailleurs le débat sur le niveau de la rémunération des

professionnels. On peut se demander s'il ne serait pas plus clair, et donc meilleur à long terme pour les négociations, de supprimer cet avantage en revalorisant les honoraires à due concurrence.

Quant à l'ASV[136], l'évolution de la démographie médicale et l'insuffisante adaptation des paramètres de cette allocation risquent de conduire à une cessation de paiement dès 2005, et des calculs actuariels montrent que les engagements nets se situaient en 1997 entre 80 et 90 MdF.

La section II ci-dessous examine l'avantage particulier consenti aux généralistes qui acceptent de se placer dans " l'option conventionnelle médecin référent ".

B – La régulation portant sur les volumes

Avant que l'ordonnance du 24 avril 1996 tente de modifier le cadre de la régulation des dépenses de soins de ville, les partenaires conventionnels avaient mis en place des mécanismes de régulation fondés sur la définition d'objectifs quantitatifs.

Ces dispositifs avaient tendu à se généraliser à l'ensemble des conventions[137] mais ils étaient très variables en ce qui concerne tant la définition de l'objectif que son caractère contraignant. Seule la convention des laboratoires d'analyse, conclue en 1994, mentionnait des objectifs contraignants mais les mécanismes qu'elle prévoyait pour les faire respecter n'ont jamais été mis en œuvre : des ajustements ponctuels des nomenclatures et des tarifs leur ont été préférés.

Pour les autres professions, les objectifs, variables selon leur champ, n'étaient qu'indicatifs. Dès lors, il n'est pas étonnant que, lorsqu'ils ont été définis, ils n'aient pas été respectés.

Cette insuffisance de la voie conventionnelle à réguler les volumes a conduit l'ordonnance du 24 avril 1996 et son décret d'application à tenter un nouveau système. Ils pariaient sur une responsabilisation accrue des médecins dont la convention devait fixer un objectif opposable englobant les honoraires et les prescriptions. Le rôle de la convention médicale se trouvait ainsi, en apparence, doublement valorisé : d'une part, c'est dans son cadre que, chaque année, l'objectif opposable d'honoraires et de prescriptions devait être défini ; d'autre part, c'est la convention qui devait déterminer les modalités de l'individualisation de la charge du reversement entre les médecins. Mais les mécanismes de reversement se sont avérés impossibles à bâtir pour des raisons juridiques et pratiques à la fois. En outre, l'enjeu devenait tel que les syndicats les plus représentatifs des spécialistes ont refusé de signer une convention en 1997. Un seul syndicat, très minoritaire ayant accepté de signer, le Conseil d'Etat a annulé en 1998 la convention avec les spécialistes ; depuis cette date, les spécialistes sont en dehors du système conventionnel alors qu'ils représentent à eux seuls 52 MdF d'honoraires sur les 169 MdF d'honoraires de l'ensemble des professions de santé. Ainsi, l'ambition d'étendre le champ de la négociation conventionnelle à une stricte maîtrise des volumes a débouché à la fois sur un échec sur ce point et sur une perturbation profonde des relations conventionnelles.

Pour les autres professions de santé, la logique de l'ordonnance rendait la négociation conventionnelle des objectifs subordonnée, voire subalterne, puisqu'une régulation globale devait être assurée *via* l'objectif fixé aux médecins, et aucun accord n'a pu être trouvé en 1998 et en 1999 sur la fixation des objectifs par profession, sauf pour les laboratoires d'analyse en 1998 et pour les infirmières en 1999. Une consultation a été menée pour renouer le dialogue avec les professions prescrites[138] mais, si elle a débouché sur des propositions concrètes quant à leurs conditions d'intervention, elle n'a apporté aucune solution sur les modalités d'une régulation des volumes, ni sur une rénovation des politiques conventionnelles.

L'impossibilité de mettre en place une régulation quantitative efficace a conduit à une nouvelle réforme, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Celle-ci consacre l'abandon d'une régulation fondée sur une responsabilisation des médecins sur leurs prescriptions. Elle rend, pour chaque profession, l'objectif quantitatif en principe opposable. La régulation n'est plus recherchée par des reversements mais par des réajustements du tarif ou de la cotation des actes, à décider dans le cadre d'un calendrier contraignant de suivi des dépenses imposé aux partenaires conventionnels. Si les partenaires conventionnels ne parviennent pas à s'entendre, les caisses sont autorisées à prendre unilatéralement les mesures nécessaires.

L'échec dans la régulation des volumes n'est à l'évidence pas imputable aux seuls mécanismes conventionnels. Il résulte aussi d'évolutions plus globales, notamment de la croissance de la demande de soins

et de l’organisation du système de soins. Force est cependant de constater que, pour aucune des professions, les mécanismes de régulation successivement tentés dans le cadre des conventions n'ont été véritablement efficaces, ce qui conduit à se demander si le conventionnement, tel qu'il a été pratiqué, peut contribuer efficacement à la régulation des volumes.

Au demeurant des éléments déterminants sur le long terme, comme l’évolution de la démographie des professions, leur échappent.

C – Le système de sanctions

Les conventions présentent la particularité de prévoir des dispositifs de sanctions, censés constituer un élément de leur équilibre global, et l'un des éléments de la maîtrise des dépenses. Mais en fait les textes organisent un enchevêtrement de dispositifs d’origine légale ou réglementaire et d’origine conventionnelle[139] : la loi peut venir sanctionner des manquements conventionnels et des dispositifs de sanctions conventionnelles peuvent viser des manquements aux obligations légales. De nombreux manquements relèvent aussi bien du dispositif conventionnel, du contentieux technique des juridictions ordinales, du contentieux disciplinaire, sans exclure l’action devant le juge pénal et/ou l’action en dommages intérêts devant la juridiction civile . Ce manque de clarté apparaît aussi dans la détermination de la faute : l’obligation peut trouver sa source uniquement dans la convention ou dans la loi et la convention. Les dispositifs prévus sont cumulatifs, ce qui affecte leur lisibilité. La complexité de l’architecture générale des obligations et des sanctions est génératrice de contestations et de difficultés pratiques d’application par les caisses.

La privation des avantages conventionnels en cas de non respect de la convention par le professionnel du dispositif est considérée comme une sanction.

Or, les dispositifs de sanctions conventionnelles ne comportent pas de barème précis des pénalités. Des différences existent entre professions de santé, alors qu'elles sont, quant à leurs relations avec l’assurance maladie, dans une même situation (sauf les médecins spécialistes régis par un règlement conventionnel). Ces dispositifs sont donc fragiles juridiquement.

Les mesures prévues par les conventions étant répressives, les contraintes des règles générales du droit disciplinaire de la convention européenne des droits de l’homme s'appliquent : respect des droits de la défense, impartialité du juge, principe de nécessité et de proportionnalité des peines . Or, s’agissant de la mise en œuvre des sanctions conventionnelles, la caisse qui peut être à l’origine de la plainte, participe à la procédure de mise en garde et à l’élaboration de l’avis émis préalablement par les structures paritaires et elle est aussi celle qui décide de la sanction : il n’y a pas séparation des fonctions d’instruction et de jugement. Le comportement fautif n’est pas toujours défini avec précision, les pouvoirs d’investigation ne sont pas organisés, le dispositif de recours donne au juge le seul pouvoir d’annuler la décision et non de la réformer et les textes ne prévoient pas l’obligation de motiver le niveau de la peine infligée.

L’efficacité des dispositifs est limitée. Les invalidations contentieuses fréquentes privent de base légale toutes les procédures de sanctions mises en œuvre. Les validations rétroactives par la loi sont en ce domaine impossibles. Le dispositif de sanctions s’appuie sur des organes paritaires souvent créés par les conventions , qu’il faut donc mettre en place et dont le fonctionnement est fréquemment perturbé par les aléas de la vie conventionnelle.

A partir des données fournies par la CNAMTS, la Cour a constaté que les informations détenues par celle-ci sur la mise en place et le fonctionnement des instances conventionnelles au plan local ont un caractère très lacunaire qui rend difficile un bilan alors que celui-ci devrait constituer un aspect des négociations conventionnelles.

Il serait opportun d’engager une réflexion conduisant à revoir tant l’architecture des dispositifs de sanctions que les mécanismes procéduraux. Une réflexion serait ainsi utile sur la qualification retenue en cas de privation des avantages conventionnels liée à l’inexécution de ses obligations par le professionnel de santé. En pratique, en effet, la qualification de sanction ne facilite pas une gestion équitable des conventions, car lorsque le professionnel de santé ne respecte pas les règles fixées par la convention, ce qu’il peut faire facilement, la pénalisation financière est au contraire très difficile à mettre en œuvre. A la notion de sanction devrait se substituer celle de rupture du contrat, ce qui serait d'ailleurs plus conforme à la logique d'un véritable système

conventionnel.

II - Les limites des dispositions qualitatives visant à modifier les pratiques individuelles

Les partenaires conventionnels ont progressivement considéré que, outre les mécanismes de régulation, les conventions devaient comporter des dispositions qualitatives. Celles-ci ont été très diverses selon les professions, car elles ont tenu compte à la fois des spécificités de chaque profession et de son attitude plus ou moins constructive à l'égard de telles dispositions. Jugées particulièrement stratégiques pour faire évoluer le système de soins, les conventions avec les médecins en ont compris le plus grand nombre et les plus complexes. La convention avec les infirmières a sans doute été la plus innovante.

A - Les dispositifs visant la qualité des pratiques individuelles et des soins

Les recommandations de bonne pratique et les références médicales opposables (RMO) ont été initialement mises en place par les conventions médicales sur le fondement de la loi du 4 janvier 1993. Par la suite, ces notions se sont étendues aux autres professions, sauf aux laboratoires d'analyse. L'ordonnance du 24 avril 1996 a inclus explicitement dans le champ des conventions les références professionnelles opposables, pour chacune des professions, ces références étant définies dans les conventions à partir des travaux de l'ANAES.

En fait, contrairement à ce que la Cour avait préconisé[140], les RMO n'ont pas été recentrées sur ce qui est inutile et dangereux et qui est contrôlable, ce qui aurait notamment permis une diffusion plus forte et plus rapide[141].

En outre, le Conseil d'Etat a annulé en 1999 les sanctions prévues en cas de non respect des RMO tant par la convention, pour ce qui concerne les généralistes, que par le règlement conventionnel minimum pour ce qui concerne les spécialistes. Ces sanctions, qui, selon le code de la sécurité sociale, pouvaient représenter tout ou partie de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie, auraient pu en effet, selon le mécanisme prévu par la convention et le règlement conventionnel minimal, excéder ce montant.

Pour les autres professions, la définition des références prévues par les conventions n'a pas été mise en œuvre et les travaux préparatoires n'ont en général pas même commencé. Les conventions ne prévoyaient d'ailleurs aucun délai. Pour les professions prescrites, la pauvreté des données scientifiques d'évaluation des soins paramédicaux constitue un obstacle méthodologique identifié depuis plusieurs années (1995 pour les masseurs kinésithérapeutes) mais n'a toujours pas fait l'objet de tentatives pour le surmonter.

Un second mécanisme, les seuils d'activité, a été défini pour les infirmiers (1992), les masseurs kinésithérapeutes (1994) et, récemment, les médecins référents. Mentionnés pour d'autres professions, ils n'ont pas été définis. Pour les infirmières et les masseurs kinésithérapeutes, les seuils ont rempli leur objectif d'éliminer les profils d'activité aberrants, mais ils restent fixés à un niveau élevé et peu contraignant[142]. Pour les généralistes référents, le seuil d'activité, fixé à 7500 actes par an, ne repose pas sur une étude préalable de son lien avec la qualité de la pratique médicale. Au demeurant, seuls 99 médecins n'ont pas pu adhérer à l'option référents au motif que leur activité excédait ce seuil.

Enfin, la convention de 1992 avec les infirmières a prévu une condition d'expérience professionnelle, en équipe de soins, préalable à l'installation. Initialement d'un an, elle a été portée à trois ans en 1994. Instrument de régulation au départ, elle est désormais, depuis que le régime de croisière a été atteint, un outil de bonne pratique. Le mécanisme est positif mais n'a pas été transposé à d'autres professions. Il est vrai qu'il ne pouvait pas être repris à l'identique puisque la profession d'infirmière présente la particularité que 87 % d'entre elles exercent en établissements de soins, ce qui favorise l'accueil initial en équipe de soins de celles qui se destinent à l'exercice libéral.

B – La formation continue

La Cour a montré, dans son rapport de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement, les critiques qu'appelle la formation continue des médecins, organisée par la loi et les conventions. Un an après, ses recommandations n'ont pas été mises en œuvre et la situation ne s'est pas clarifiée. La loi du 27 juillet 1999 a certes légalisé la possibilité pour les partenaires conventionnels d'organiser des actions de formation, indépendamment de la formation médicale continue (FMC) mise en place sur la base de l'ordonnance de

1996. Mais la coexistence de deux systèmes risque d'être complexe et de poser des problèmes d'articulation si le dispositif de FMC, toujours bloqué, venait à être relancé et si celui de formation professionnelle conventionnelle, dont les textes d'application ne sont pas sortis, était effectivement mis en place.

Pour les autres professions, les acquis en matière de formation continue restent variables. Pour les infirmières et les dentistes, aucune action concrète n'a encore été engagée dans le cadre conventionnel : le principal syndicat infirmier a préféré conserver la maîtrise de sa formation en l'autofinançant. Pour les masseurs, en dépit des sommes dépensées chaque année, l'efficacité des dispositifs n'est pas avérée, en raison notamment du mode d'organisation retenu : le choix de passer par une association s'est révélé coûteux en frais de structure et peu opérationnel, de sorte que l'assurance maladie a dû accroître ses subventions aux frais de fonctionnement, alors même que l'intégralité des montants prévus pour les formations n'était pas dépensé ; un protocole spécifique a dû être signé pour assurer la pérennité du financement de l'association à compter de 2000. En revanche, la formation ne semble pas rencontrer de difficulté pour les laboratoires d'analyses.

C – L'aide à l'informatisation et à la télétransmission

La Cour a montré, dans son rapport de l'an dernier, les limites à l'efficacité des aides consenties, dans le cadre conventionnel, à l'équipement des médecins en informatique[143]. Parmi les autres professions, seuls les laboratoires de biologie ont bénéficié d'une aide à l'équipement et, comme pour les médecins, elle a été subordonnée à l'engagement de télé transmettre à l'assurance maladie 50%, puis 90% de leurs flux de facturation. Cependant, et bien que des aides de 41 MF aient été versées en 1999, aucun laboratoire ne télé transmettait encore par le système SESAM, faute qu'aient été mis au point les systèmes informatiques adaptés à leur situation particulière et qu'aient été réglées certaines questions juridiques[144].

III - Les insuffisances dans les méthodes de préparation, de négociation et de suivi

Quatre types d'insuffisances apparaissent dans ces méthodes :

1 – La fixation du tarif appliqué à chaque acte de la nomenclature appartient aux partenaires conventionnels. En revanche, la détermination de la nomenclature elle-même et de la cotation des actes relève de l'Etat après un ensemble de travaux dans lesquels interviennent les partenaires conventionnels. Ce système est peu propice à la clarté de la négociation conventionnelle : en réalité, l'évolution de la nomenclature y est évoquée et les conventions mentionnent fréquemment que l'accord s'est fait dans la perspective d'une révision de cette grille ; la discussion sur la nomenclature est elle-même influencée par des considérations tenant à la rémunération des professionnels, par exemple en créant de nouveaux types d'actes, plus rémunérateurs.

Comme la Cour l'a déjà relevé, une réforme de la procédure d'élaboration est nécessaire, mais elle n'a pas encore été mise en œuvre[145].

2 – La CNAMTS ne dispose pas d'études sur les effets à long terme des décisions contenues dans les conventions : en particulier, aucune n'existe sur le partage exact de l'augmentation des dépenses entre les différents facteurs que sont la hausse des tarifs, la création de nouvelles lettres clés ou de majorations des lettres clés en raison de circonstances particulières d'exécution de certains actes, l'évolution du nombre des actes et de leur répartition entre les différents postes de la nomenclature. De tels instruments seraient cependant nécessaires pour éclairer les négociations.

3 – Les caisses locales ne sont pas associées à la préparation des conventions, ce qui conduit à méconnaître les difficultés d'application. Après la signature, les outils nécessaires au suivi local n'ont souvent pas été mis au point par la CNAMTS. Par exemple, les outils informatiques ne permettent pas de suivre le respect des seuils d'activité dans les délais impartis par les conventions.

4 – Alors que le cadre juridique dans lequel s'inscrivent les conventions est particulièrement complexe, comme le montre la section III, la préparation juridique des négociations conventionnelles est très insuffisante. La CNAMTS qui ne dispose d'ailleurs pas d'un service juridique suffisant, ne prépare pas toujours un projet rédigé qui permettrait de mieux faire apparaître les problèmes juridiques potentiels ; les projets ne sont pas validés par le service juridique ; sauf exception, les services de l'Etat, dont les moyens d'analyse juridique nécessiteraient d'ailleurs aussi d'être renforcés, ne sont pas consultés avant la signature ; lorsqu'ils l'ont été, en 1997, et avaient alerté la CNAMTS sur les risques d'annulation par la juridiction administrative, comme dans

le cas des dispositions sur le médecin référent, leur avis n’a pas été suivi ; une fois la convention signée, la difficulté de refuser l’approbation réduit la portée des observations juridiques éventuelles du ministère.

Ces lacunes contribuent à expliquer que la plupart des conventions aient été annulées.

Si elle trouve en partie son origine dans des problèmes de fond que pose le cadre juridique des conventions, la précarité de celles-ci ne peut qu’être accrue par l’insuffisance de leur préparation. Les conditions dans lesquelles a été lancée la formule du médecin référent témoignent notamment de cette faiblesse des études financières et juridiques préalables.

Réponse

---

[134] En l’absence de tarifs d’opposabilité pour les prothèses, le taux moyen de remboursement est descendu à 31,8% en 1999. Sur les relations entre l'assurance maladie et les dentistes, cf. le rapport de la Cour de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement.

[135] L’accès à ce secteur a été gelé en 1989. Il est désormais restreint à des médecins répondant à des critères très limitatifs.

[136] La prise en charge par l'assurance maladie est passée de 300 MF en 1988 à 1MdF en 1998.

[137] 1991 pour les sages-femmes, 1993 pour les laboratoires d’analyses médicales, 1994 pour les infirmiers et 1995 pour les masseurs kinésithérapeutes.

[138] Rapport de Madame Brocas, 1998.

[139] Cf. le rapport de la Cour de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale.

[140] Cf. le rapport de la Cour de 1997 sur la sécurité sociale et 1998 sur l'application de la loi de financement.

[141] Il existe 155 références pour les généralistes et 46 pour les spécialistes.

[142] Pour les infirmières, 3800 h par an soit plus de 13 h par jour, 6 jours par semaine, 11 mois par an (voir le rapport de la Cour d'octobre 1998 sur l'application de la loi de financement). L’activité moyenne, en coefficients d’actes, est inférieure de 40% à ce seuil selon les données CNAMTS.

[143] Par ailleurs, sur la diffusion des cartes de professionnels de santé et de la télétransmission, cf. chapitre préliminaire, *supra*, p. 15.

[144] Le patient n'est pas présent lors de la télétransmission et sa carte Vitale ne peut donc être utilisée. La transmission se fait par le système IRIS.

[145] Sur la réforme de la nomenclature des actes professionnels et de sa procédure d’élaboration, voir chapitre préliminaire, *supra*, p. 15.

Sommaire

Section II :
Le médecin référent

La convention des médecins généralistes de mars 1997 passée entre les caisses nationales et le syndicat MG France a donné la faculté aux médecins conventionnés de se placer dans un cadre particulier, l'option conventionnelle, emportant des droits et des obligations spécifiques en sus de ceux définis par la convention. Les médecins adhérant à l'option s'engagent, contre une rémunération spécifique, à remplir leur rôle de médecin référent auprès de ceux de leurs patients qui auraient fait le choix de ne s'adresser qu'à eux pendant un an. Les signataires de la convention affirmaient l'objectif d'assurer ainsi une véritable coordination des soins, "*élément essentiel de l'amélioration de la qualité des soins, de la santé et de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses médicales"*.

I - Un dispositif évolutif et ambigu

A - Un dispositif instable

En trois ans, trois conceptions de l'option se sont succédé.

La convention de mars 1997 a défini un cadre de l'option très volontariste, présenté comme l'amorce d'un nouveau mode d'organisation de la médecine de ville, voulu par la nouvelle présidence de la CNAMTS et le syndicat MG, représentatif des médecins généralistes. Les signataires, qui affirmaient l'importance de la coordination des soins, voulaient ainsi redonner au généraliste un rôle central. Point d'entrée obligé dans le système de soins, point de passage pour l'accès au spécialiste et de référence pour le patient, les généralistes, "***premier étage du système de soins***", devaient apporter "*une réponse globale et appropriée à la demande de soins de première intention et (assurer) la synthèse des différents intervenants médicaux"*. Les spécialistes, qualifiés de "***second étage du système de soins***", étaient, pour leur part, chargés d'apporter "une réponse appropriée aux problèmes qui leur sont posés dans le cadre de leur spécialité". Ils interviennent alors "en accord avec le généraliste référent ". L'option était présentée comme une première étape, ouvrant la voie à un système de coordination des soins qui devait être progressivement élargi "*à l'ensemble des intervenants, des secteurs ambulatoire et hospitalier"*. En échange de ses obligations, le médecin référent reçoit une rémunération, fonction du nombre de patients acceptant de ne recourir qu'à lui pendant un an, ces patients bénéficiant eux-mêmes d'une dispense d'avance de frais.

Les modalités étaient renvoyées à un avenant. Signé en juillet 1997, il a retenu un dispositif nettement plus modeste. Le généraliste ne se voyait plus conférer explicitement de rôle de "point d'entrée". Si plusieurs obligations nouvelles lui incombaient : respect des recommandations de bonne pratique, acceptation de disciplines en ce qui concerne les examens systématiques, engagement de recourir aux équivalents thérapeutiques et génériques dans une certaine proportion des prescriptions de médicaments, d'autres stipulations disparaissaient comme l'engagement de garantir la permanence des soins, *"notamment sous forme d'un tour de garde local formalisé"*.

L'assurance maladie, tout en cherchant, sous cette réserve, à renforcer le contenu des engagements des généralistes référents, a voulu limiter l'atteinte à l'un des principes actuels de l'organisation des soins - le libre choix du médecin par l'assuré - et aux relations traditionnelles entre les généralistes et autres professionnels de santé, ceux-ci craignant que l'accroissement du revenu des généralistes se fasse à leur détriment. Elle cherchait aussi à limiter les coûts supplémentaires générés par le forfait et les actes supplémentaires des généralistes liés à leur fonction de point de passage pour l'accès au spécialiste[146]. Ces coûts étaient en effet certains alors que l'on n'était pas en mesure de savoir, même approximativement, comment s'établirait l'équilibre avec l'éventuelle diminution des actes des spécialistes.

Les stipulations de l'option ont été à nouveau modifiées après l'annulation, en juillet 1998, de la convention de mars 1997 par le Conseil d'Etat. La caisse nationale a obtenu un renforcement en apparence significatif des obligations pesant sur les médecins - obligation de formation conventionnelle et d'évaluation - et les assurés - formalisation du recours de première intention au référent. Pour sa part, le syndicat signataire, critique sur la mise en oeuvre de la première option, marquée par de nombreuses difficultés pour les médecins référents en raison du mauvais fonctionnement du dispositif d'avances de frais, a obtenu que soit inscrit dans l'option l'engagement des caisses d'assurer la bonne marche administrative du dispositif.

Les avatars juridiques de l'option ont été nombreux et témoignent à la fois de l'inadaptation du cadre juridique conventionnel aux changements proposés et de l'absence d'examen préalable suffisant par les partenaires conventionnels. En juillet 1998, le Conseil d'Etat a annulé la convention médicale de mars 1997, les

stipulations relatives au médecin référent figurant parmi celles déclarées illégales. Il a jugé que les partenaires conventionnels avaient organisé un type de filières de soins sans se conformer aux procédures prévues par le code de la sécurité sociale. Le gouvernement a été contraint d'inclure dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 des dispositions étendant de manière rétroactive le champ des conventions.

Mais les stipulations relatives à la formation professionnelle conventionnelle ont été annulées à leur tour, et donc l'obligation de formation et d'évaluation du médecin référent dans ce cadre - ainsi que celle prévoyant que la dispense d'avance de frais bénéficiait également aux actes des spécialistes correspondants des médecins référents : la convention des généralistes ne pouvait stipuler pour les spécialistes. Ces dispositions ont ultérieurement reçu une base légale[147]. Mais l'articulation entre le dispositif de formation et d'évaluation prévu par l'option et celui de la formation médicale continue reste incertaine.

Dans tous les cas, l'annulation était prévisible. Certains des risques avaient été signalés par la direction de la sécurité sociale, mais la CNAMTS n'a pas tenu compte de ces objections. En dépit des régularisations intervenues, l'essor du dispositif a été singulièrement entravé.

Au total, ce sont trois conceptions de l'option qui, en trois ans, ont été présentées aux médecins et aux assurés sociaux, ce qui n'était pas de nature à favoriser l'adhésion, d'autant que les raisons d'adhérer n'étaient pas claires.

B - Des objectifs ambigus

S'ils ont affiché un objectif commun de dépasser les limites du système conventionnel, et d'aller au-delà de l'exercice de la médecine ambulatoire tel qu'il est conçu en France, les partenaires conventionnels n'ont pas assis les changements proposés sur un constat sans ambiguïté des dérives du système. Implicitement, l'accent mis sur la coordination et la continuité des soins visait à lutter contre plusieurs mécanismes supposés pervers du système de médecine libérale français, notamment la possibilité pour tout assuré de choisir librement son médecin - qui peut avoir pour conséquence un nomadisme médical coûteux mais également un suivi médical déficient - ou encore le paiement à l'acte - supposé générateur de comportements inflationnistes chez les praticiens sans que la qualité de la prise en charge en soit nécessairement accrue. Mais aucune analyse incontestable n'a été fournie. Les décisions ne reposaient pas sur une étude approfondie, qu'il s'agisse de l'évaluation des coûts du dispositif ou de ses effets sur l'organisation des soins, la qualité de la prise en charge médicale et les dépenses de santé. Aucune enquête n'a été réalisée sur l'intérêt du dispositif pour les assurés sociaux et les médecins, ce qui aurait dû être déterminant puisque le système repose sur le volontariat, et qui aurait sans doute permis de mieux définir et proportionner les avantages consentis ainsi que les conditions du succès de l'option.

Dès lors le message était empreint d'ambiguïté et de fragilité - comme l'ont montré les péripéties des campagnes de communication destinées à promouvoir l'option, notamment les contentieux engagés par des non-adhérents - et ne pouvait que renforcer l'attentisme.

De surcroît, la pleine mesure n'a pas été prise des problèmes de faisabilité technique et juridique d'un dispositif, pourtant innovant. Les modalités pratiques de mise en oeuvre des dispositions négociées - notamment la dispense d'avance de frais - n'ont été évoquées à aucun moment.

II - La mise en oeuvre des principales stipulations de l'option reste largement inachevée

Trois ans après la création de l'option, le contenu concret du volet médical de l'option - qui justifie son existence – n'a pas été précisé et les obligations des médecins référents ne diffèrent donc guère de celles pesant sur l'ensemble des médecins. D'autre part, le suivi et le contrôle ne sont pas réellement assurés.

A - Des obligations pour l'essentiel déjà existantes

Certaines dispositions de l'option reprennent directement des dispositions des textes existants, telles celles relatives à la continuité et la permanence des soins, ou à la transmission des informations médicales entre médecins traitants d'un même assuré, prévues par le code de déontologie des médecins. La participation à des actions de prévention peut également y être rattachée, comme le respect des recommandations de bonne pratique et des référentiels de soins. L'élaboration des plans de soins, notamment pour les patients en

Affection de Longue Durée (ALD) fait double emploi avec les protocoles PIRES passés entre les médecins conseils des caisses et les médecins traitants des patients en ALD, protocoles pour lesquels ils sont rémunérés. L'obligation de tenue du carnet de santé n'est pas non plus propre aux référents. Le respect des tarifs opposables est déjà une obligation conventionnelle pour ceux des médecins qui sont inscrits dans le secteur I. Cette obligation n'est nouvelle que pour les médecins en secteur II qui s'inscriraient comme médecin référent.

D'autres dispositions de l'option précisent les textes existants : ainsi la contrainte pour le médecin référent de prescrire des équivalents thérapeutiques puisque le code de la sécurité sociale dispose que les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer "*la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins"*. C'est également, dans un moindre mesure, le cas pour le seuil maximal d'activité puisque le code de déontologie interdit déjà de pratiquer un nombre excessif d'actes entraînant une trop brève durée de ceux-ci.

Dans son avis sur la convention d'octobre 1998, le Conseil national de l'ordre rappelait que les exigences de qualité - qui sous-tendent la logique de l'option - sont déjà inscrites dans le code de déontologie et que leur non respect peut être sanctionné. Si les partenaires conventionnels ont jugé utile de les rappeler, c'est sans doute qu'ils jugaient leur respect mal assuré et contrôlé par les institutions qui en ont la charge, au premier chef les conseils départementaux de l'ordre des médecins.

De surcroît, dès lors que les engagements du cahier des charges de l'option correspondent pour l'essentiel à des obligations que les médecins devraient mettre en pratique dans leur exercice quotidien, il est difficile de comprendre qu'ils soient rémunérés spécifiquement à ce titre et que le respect de ces engagements ne s'impose pas à l'ensemble des médecins adhérents à la convention.

Le syndicat signataire insiste sur la reconnaissance de fonctions exercées par les médecins qui n'étaient pas justement rémunérées auparavant. En réaffirmant le rôle du généraliste comme pivot du système de soins, l'un des objectifs clairs de l'option était de revaloriser le statut et les revenus des généralistes, alors que le nombre de spécialistes et leur part dans les honoraires des médecins s'étaient considérablement accrus depuis le début des années 1980[148]. La signature de conventions séparées pour les généralistes et les spécialistes - et la création d'enveloppes séparées – visait à permettre, *via* le supplément forfaitaire, une revalorisation de la rémunération relative des généralistes. Cependant, une rémunération réservée à une partie des généralistes ne pouvait résoudre le problème global de la rémunération de l'ensemble d'entre eux.

Pour la CNAMTS, certaines obligations professionnelles ne correspondraient plus, pour diverses raisons, et parfois depuis longtemps à la pratique de certains généralistes. L'objectif de l'option serait d'obtenir une prise de conscience des médecins pour qu'ils mesurent les changements de pratique et les nouvelles fonctions qu'ils doivent assumer. Mais si les objectifs des partenaires conventionnels sont à ce point pertinents, il est difficile de comprendre pourquoi ils ne devraient s'appliquer qu'à une minorité de médecins volontaires.

B - Des obligations dont le contenu reste imprécis

Si l'objectif des partenaires conventionnels était de faire respecter des obligations perdues de vue, trois ans après ils ne sont pas parvenus à leur donner un véritable contenu.

Les réflexions entreprises, à la suite de la convention de 1998, pour une mise en oeuvre vérifiable et opposable des engagements portant sur la permanence, la continuité et la coordination des soins se poursuivaient toujours en avril 2000 sans aucune proposition opérationnelle. Nulle part n'est évoquée la participation aux services de gardes locaux. Les signataires, qui entendaient favoriser l'exercice en groupe des médecins référents, afin qu'ils assument collectivement leurs responsabilités nouvelles, n'en ont pas précisé les modalités.

Les rubriques du "document médical de synthèse" que le médecin référent doit établir pour chaque patient, qualifié pourtant de *"document essentiel de la qualité et de la coordination des soins"*, n'ont toujours pas été précisées. Une note d'information sur le carnet de santé avait été rédigée en juin 1998 mais n'a pas été diffusée suite à l'annulation de la convention ; depuis, aucune réflexion n'a été engagée sur la portée de cette disposition.

Alors que dans une lettre adressée le 1er septembre 1997 aux ministres concernés, les partenaires conventionnels indiquaient leur souhait de "*donner aux actions de prévention une place plus importante*

qu'elles n'avaient jamais eue jusqu'à présent", aucune campagne de prévention n'a été depuis programmée avec le concours des médecins référents. Une seule "*action de sensibilisation"* a été réalisée avec la diffusion en 1999 d'un document sur le dépistage du cancer du col de l'utérus élaboré par l'ANAES mais réexaminé par les instances conventionnelles. Au surplus, le projet de branche de l'assurance maladie, publié en mars 2000, ne mentionne pas l'option référent dans les actions prioritaires qui visent à "f*aire de l'assurance maladie un acteur primordial de la prévention."*

La convention de décembre 1998 prévoyait que, avant le 1er juin 1999, un avenant fixerait le montant d'une majoration de la rémunération forfaitaire, modulée selon des critères conformes aux objectifs qui figurent dans la charte de qualité ainsi que le cas échéant selon la zone géographique d'exercice. L'objectif était d'inciter les médecins référents à s'installer dans des zones où l'offre de soins était insuffisante. Mais l'avenant prévu n'a pas vu le jour. De même, le seuil maximal d'activité des médecins référents n'a pas été mis en œuvre, car un avenant prévoyant des motifs de dérogations individuelles temporaires n'est pas encore entré en vigueur.

D'autres dispositions, comme la mise en place de plate-forme de services, sont en cours de mise au point mais leur bénéfice sera à juste titre étendu à l'ensemble des médecins. Pour leur part, les obligations de formation et d'évaluation ont été temporairement privées de base juridique ou leur mise en oeuvre a été différée.

Seul élément positif, des mesures ont été prises pour l'application des dispositions de l'option sur les prescriptions pharmaceutiques avec la diffusion depuis janvier 1998 d'un "Guide des équivalents thérapeutiques". Toutefois, ce guide peut être utilisé par tous les médecins et d'autre part il convient de s'interroger sur la portée à moyen terme de l'engagement pris par les médecins référents. L'intérêt de l'option, réel à cette époque, devait être d'amorcer un mouvement des prescripteurs vers les produits les moins chers et de favoriser ainsi une concurrence sur les prix dans les classes de produits génériques. Mais une fois le mouvement engagé puis éventuellement généralisé - sous l'effet des baisses de prix, de la généralisation des logiciels de prescription, de l'extension des classes de génériques, et du droit de substitution reconnu depuis 1999 aux pharmaciens -, le paiement d'un forfait aux référents deviendra difficile à justifier si le comportement de prescription des autres médecins s'aligne sur le leur.

Trois ans après le lancement de l'option, les engagements qu'elle comporte en matière d'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge médicale, sont restés pratiquement lettre morte. Les partenaires conventionnels ne se sont pas réellement engagés dans la mise en oeuvre d'un dispositif qui, selon la convention de 1998, constituait "*un* ***ensemble exigeant****, avec des* ***engagements forts*** *tant du médecin que de l'assuré social"* qui devait permettre *"de mettre en place une* ***véritable filière d'excellence****, fondée à la fois sur la qualité et l'attractivité".*

C - Des obligations non contrôlées

Le respect des obligations librement consenties par les médecins et les assurés doit, en principe, être vérifié d'autant que l'option emporte des avantages financiers non négligeables : un forfait de 150 F pour les premiers, la dispense d'avance de frais pour les seconds.

Dans leur lettre précitée du 1er septembre 1997, les partenaires conventionnels s'étaient engagés à suivre et faire respecter les stipulations de l'option. Pour contrôler et sanctionner les engagements souscrits, il aurait fallu donner un contenu précis aux obligations souscrites, préciser les modalités de suivi des engagements, fixer des critères ou des seuils à partir desquels la sanction est mise en oeuvre, moduler les sanctions en fonction de la gravité des infractions constatées et adapter les chaînes de traitement de l'information. Aucun de ces dispositifs n'a été mis en place. La CNAMTS ne dispose d'aucune information sur les contrôles mis en oeuvre localement et leurs résultats. Aux difficultés intrinsèques du contrôle se sont ajoutées, pour en différer l'application, des interrogations sur son opportunité et la réticence du syndicat signataire, soucieux que l'existence du contrôle ne freine pas la campagne d'adhésion.

Un élément positif était que le manquement aux obligations spécifiques de l'option entraînait simplement la rupture du contrat avec la caisse. C'est un mécanisme simple par rapport à ceux, lourds et inefficaces qui sanctionnent, en théorie, les manquements à la convention elle-même. Mais cette possibilité n'a pas été utilisée, ce qui a d'ailleurs pour conséquence que la solidité juridique des mécanismes n'a pas été testée.

D - Une mise en oeuvre administrative défectueuse

La mise en oeuvre de l'option, notamment de la dispense d'avance de frais, s'est révélée très complexe à gérer pour les caisses et les médecins adhérents tandis que son extension à la part complémentaire, inévitablement délicate, reste largement inachevée.

A l'origine, la CNAMTS a laissé une très grande latitude aux caisses pour définir les modalités de mise en oeuvre du tiers payant. Dès lors, les caisses locales ont agi en ordre dispersé et le suivi par la CNAMTS des difficultés rencontrées sur le terrain semble avoir été lointain. Un questionnaire, adressé aux caisses en avril 1998 afin d'évaluer la mise en place de la dispense d'avance de frais (DAF) a relevé de grandes disparités : dans une forte majorité de cas, cependant, la dispense ne concernait que la part des frais d'actes remboursables par la sécurité sociale. Les circuits mis en place pour récupérer les feuilles de soins adressées par les médecins référents et faciliter leur traitement dans des délais rapides étaient également hétérogènes. Les délais de règlement des médecins allaient de trois à trente jours, alors qu'un délai long n'était pas de nature à inciter les praticiens à adhérer à l'option.

Les difficultés de gestion rencontrées par les médecins ont été nombreuses : complexité de la vérification des droits des assurés vis-à-vis tant du régime obligatoire que des régimes complémentaires, lorsque la dispense d'avance de frais s'appliquait également au ticket modérateur ; risque financier non négligeable en raison des difficultés de réconciliation des flux provenant des caisses et des régimes complémentaires, entraînant parfois des pertes de rémunération ou l'apparition d'indus.

C'est pourquoi la convention de décembre 1998 a prévu plusieurs simplifications, telles *l'adresse unique par médecin pour l'envoi des feuilles de soins, la mise en place* d'un correspondant administratif dans chaque organisme de base, chargé de l'assister dans ses démarches, une procédure de règlement *a priori* de la part remboursable des honoraires sans nouvelle vérification des droits et la mise en place de flux de paiements coordonnés.

L'option prévoyait que "*les caisses chercheront à favoriser par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires les conditions permettant aux patients d'être également dispensés du règlement du ticket modérateur"*. Mais la mise en oeuvre de la dispense de frais intégrale connaît toujours des difficultés autant techniques que liées aux relations entre caisses et mutuelles. En avril 1998, la CNAMTS a conclu des protocoles d'accord avec trois fédérations d'organismes complémentaires afin de mettre en oeuvre la dispense d'avances de frais. Mais ces accords ne pouvaient entrer en pratique qu'après la signature de conventions au plan local.

Alors que la dispense d'avance de frais est pour l'assuré le seul avantage à adhérer au système, sa mise en oeuvre a marqué le pas pendant la préparation de la loi CMU qui instaure également une dispense d'avance de soins pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Les modalités précises d'organisation étaient renvoyées à un décret qui, paru le 21 décembre 1999, a mis en place deux procédures distinctes dans les cas où les organismes servant les prestations du régime général et les prestations complémentaires sont différents.

La mise en oeuvre de ces dispositions a fait l'objet d'accords signés fin 1999 avec les fédérations d'assureurs et de mutuelles. Mais elle bute sur des obstacles importants. Outre les difficultés techniques, notamment au plan de l'informatique, les mutuelles sont réticentes à s'impliquer dans le tiers payant selon la première procédure, seule opérationnelle début 2000, dans laquelle la caisse liquide à la fois la part prise en charge par le régime de base et la part restant à payer au titre de l'organisme de protection complémentaire et effectue le paiement au professionnel de la totalité[149]. En effet, dans cette procédure, elles perdent la gestion comptable de la part complémentaire au profit des caisses primaires ; d'autre part, techniquement, les barèmes des prestations complémentaires sont extrêmement divers et les caisses pourraient avoir des difficultés à les gérer. Début 2000, moins de la moitié des caisses pratiquaient le tiers payant généralisé avec les mutuelles. L'attentisme a été également perceptible au niveau national, les discussions entre la CNAMTS et les assureurs complémentaires ayant été ralenties dans l'attente des arrêtés d'application du décret du 21 décembre 1999. Ces arrêtés ont été publiés en juin et juillet 2000 ; ils précisent les modalités des avances des mutuelles aux caisses et de mise en oeuvre de la seconde procédure[150]. Ces nouveaux textes s'appliqueront sans qu'il soit nécessaire de recourir à des conventions locales entre les CPAM et les organismes complémentaires.

III - Des résultats médiocres

A - La faiblesse des adhésions

L'option a connu un succès médiocre, loin des attentes des partenaires conventionnels. Selon ceux-ci, "les estimations les plus couramment avancées (comme taux probable d'adhésion) portent sur une fourchette de 10 à 25 % des généralistes"

L'option de juillet 1997 n'a, compte tenu des délais d'approbation puis de son annulation, duré que sept mois. En juin 1998, 8587 adhésions étaient enregistrées, soit 13,8 % de l'ensemble des généralistes. Après un démarrage rapide au cours du premier trimestre, la croissance des adhésions avait fortement ralenti. L'étude des adhésions par région et par caisses montrait des variations de forte amplitude qui pouvaient être expliquées par l'opposition syndicale, plus ou moins forte selon les circonscriptions, le développement inégal du secteur II, l'effort variable de promotion de l'option par les caisses, la diversité des problèmes administratifs rencontrés suivant les caisses.

Au 2 juin 1998, 272 500 contrats entre assurés et médecins avaient été enregistrés, soit à peine plus de 35 contrats par médecin référent et 0,7 % des bénéficiaires de l'assurance maladie. Toutefois, le nombre d'adhésions était en augmentation rapide au moment de l'annulation. Au vu des paiements de forfait effectués en 1998, on peut estimer qu'il était passé à
373 000 par an au moment de l'annulation, intervenue en juillet.

Le décalage entre la courbe d'adhésion des médecins et celle des patients s'explique naturellement, les patients ne pouvant adhérer qu'auprès d'un médecin lui-même référent et ce dernier ne pouvant proposer l'adhésion à ses patients qu'au fur et à mesure des consultations de ceux-ci. C'est pourquoi 37 % des médecins référents n'avaient aucun patient adhérent enregistré par les caisses au moment de l'annulation. En revanche, 8,8 % des médecins en avaient plus de 100 et, parmi eux, 2 % enregistraient en moyenne près de 350 contrats, certains en faisant même signer à tous leurs patients. En dépit de la courte vie de l'option, ces médecins ont pu bénéficier de versements des caisses allant jusqu'à 100 ou 150 000 F.

En dépit d'une durée de vie deux fois plus longue, l'option de 1998 connaît des résultats encore plus modestes. Au 15 juin 2000, seuls 5826 généralistes avaient adhéré à l'option, soit 9,4 % de l'ensemble des généralistes conventionnés (62 167). Les adhésions stagnent depuis la mi-99. La répartition géographique montre, comme précédemment, une adhésion plus forte dans les régions du sud[151] .

Le nombre de patients adhérents était de 462 000 à la mi-juin 2000. Un ralentissement des adhésions, perceptible sur le dernier trimestre 1999 se confirmait en 2000. Le nombre de contrats par médecin référent (79) est plus élevé que pour la première option, en raison de la plus grande durée de vie de la seconde.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces résultats médiocres : la réaction de beaucoup de médecins à l'échec de la première option, annulée au bout de quelques mois et la crainte d'entrer dans un dispositif fragile juridiquement ; les violentes attaques dont l'option a fait l'objet de la part de syndicats et de conseils de l'ordre ; les importantes difficultés de gestion administrative, d'autant qu'elles se sont prolongées jusqu'à la fin de 1999 ; le caractère, en principe, plus contraignant de la nouvelle option.

B - Un bilan financier incertain

Les partenaires conventionnels s'étaient engagés à l'origine à assurer l'équilibre financier de l'option. Mais les évaluations reposaient sur des hypothèses très incertaines, comme on l'a vu.

En l'état actuel de ses stipulations, l'option est d'autant plus avantageuse pour l'assurance maladie qu'elle séduit plus de médecins et moins de patients. En effet, le taux de prescription d'équivalents thérapeutiques que s'engage à atteindre le médecin référent est calculé par référence à sa prescription médicamenteuse totale et non à celle concernant les patients adhérents, ce qui constitue la principale économie espérée de l'option.

Selon les promoteurs de celle-ci, trois autres éléments joueraient dans le sens de la maîtrise du volume des prescriptions : la dispense d'avance de frais qui freine la prescription destinée principalement à "justifier" l'honoraire ; l'abonnement au médecin référent qui fidélise l'assuré ; l'élimination de "l'effet de concurrence", qui pousse le médecin à la prescription pour que son patient n'aille pas consulter un autre médecin. Mais ces effets restent difficiles à mesurer. Seule l'évaluation du dispositif avec un recul important pourrait permettre de

vérifier que leur addition contrebalance les effets dépensiers du recours au généraliste en première intention. Seul est actuellement connu le montant des forfaits par patient versés, soit 81 MF à fin février 2000. Il a été alourdi par le paiement en décembre 1999 aux médecins adhérents à la première option, annulée au bout de sept mois, de la deuxième partie du forfait, en principe versée à la fin d'une année complète d'adhésion.

En raison du faible nombre d'adhésions, la recherche de l'équilibre financier a été perdue de vue. Ainsi, la CNAMTS est dans l'incapacité d'estimer l'évolution des prescriptions pharmaceutiques des médecins référents, alors qu'il s'agit de leur engagement le plus aisément quantifiable.

Afin de relancer l'option, une revalorisation des forfaits est actuellement envisagée, pour laquelle 50 MF ont été provisionnés dans l'annexe à la convention signée pour l'année 2000. La CNAMTS estime que "*l'accroissement des contraintes - de qualité notamment - voulu par les partenaires conventionnels en 1998 crée aux yeux des médecins généralistes un déséquilibre entre contraintes et avantages de l'option. Il faut donc restaurer son attractivité aujourd'hui contestée*[152]" alors même que, comme l'a constaté la Cour, la plupart des stipulations restent lettre morte. La revalorisation pourrait, de surcroît, comporter des risques non négligeables de dérive financière. En effet, le forfait patient moyen serait doublé, en moyenne, passant donc à 300 F. Avec une clientèle moyenne de 1000 personnes et en faisant adhérer l'ensemble de ces patients, un médecin pourrait pratiquement doubler son revenu net[153].

IV - Les perspectives de l'option

Les conditions de la réussite de l’option conventionnelle ne sont pas réunies.

Les partenaires conventionnels qui ont eu l’ambition de vouloir dépasser les contraintes du système conventionnel ne s’en sont pas donné les moyens. Les caisses n'ont pas résolu les problèmes pratiques de mise en oeuvre. Le syndicat signataire, soucieux de ne pas s'aliéner les médecins, n'a pas souhaité la mise au point des dispositions permettant l'effectivité des contrôles.

Le choix du volontariat des médecins et des assurés crée, ensuite, une situation dans laquelle les partenaires conventionnels sont contraints d'ajuster les avantages et les inconvénients du système pour attirer les adhésions, indépendamment de l'équilibre financier. Les partenaires conventionnels s'apprêtent ainsi à renforcer la rémunération des médecins référents, alors même qu'ils ne sont pas parvenus à s'assurer du respect des engagements qu'ils avaient inscrits dans le texte de l'option, et alors qu'ils ne savent pas si ces engagements permettent d'atteindre les objectifs qu'ils s'étaient fixés, en l'absence d'évaluation de l'impact de l'option sur les comportements, la prise en charge médicale des assurés et l'évolution des dépenses. S’il s’agit d'attirer le maximum de médecins et d'assurés dans le dispositif avant de veiller réellement à la mise en oeuvre de ces contraintes ou de les renforcer, le pari est hasardeux dès lors que certaines parties prenantes, médecins et assurés, gardent toute possibilité de reprendre leur liberté, les premiers en sortant de l'option et les seconds en ne se réabonnant pas. De surcroît, rien n'indique que les avantages nouveaux consentis soient proportionnés aux obligations assumées.

Enfin, c'est par le biais d'une convention que les partenaires conventionnels ont souhaité introduire des changements à terme fondamentaux dans l'organisation des soins. Or, la convention n'est vraisemblablement pas le vecteur approprié pour une telle réforme, puisque sont en cause non seulement les relations entre les généralistes et les caisses, mais des problèmes de fond comme le mode de rémunération, les relations entre les généralistes et les autres professions de santé ainsi que des principes comme le libre choix du médecin, qui, dans l'organisation juridique actuelle, relèvent de la loi :

1- Le choix entre la rémunération à la capitation ou à l'acte. L'option accepte aujourd'hui le cumul des deux. Mais, si elle connaissait un plus grand succès, son coût pourrait devenir incompatible avec le souci de la maîtrise financière.

2- Les conditions du choix du médecin par le patient. Dans le dispositif actuel, la dispense d'avance de frais est le seul avantage pour les assurés. On a vu ses problèmes et elle n'est d'ailleurs attractive que pour une partie de la population. Une différence réelle dans la qualité des soins et le suivi pourrait être un autre argument, mais rien ne démontre aujourd'hui qu’elle existe. Une incitation plus forte pourrait venir de la modulation des conditions de prise en charge des assurés suivant qu'ils ont ou non recours à un médecin référent, comme l'a parfois envisagé la CNAMTS. Mais une telle orientation a des conséquences si

importantes qu'elle ne peut à l'évidence résulter de la seule volonté des partenaires conventionnels.

3- Le dispositif actuel ne peut fonctionner durablement sans la participation des spécialistes qui constituent un rouage essentiel du système de soins.

Réponse

---

[146] Dans une très forte majorité de cas, les patients consultent directement un spécialiste, d'où la prévision d'un nombre important de consultations supplémentaires. De surcroît, la convention de 1997 prévoyait que le patient était confié pour une durée déterminée par le généraliste au spécialiste, ce qui impliquait une nouvelle convocation du patient par le généraliste à échéance de ce mandat.

[147] Dans la loi créant la couverture maladie universelle.

[148] En 1980, la masse des honoraires des généralistes était égale à celle des spécialistes ; en 1997, elle n'en représentait plus que les deux tiers. Un omnipraticien perçoit en moyenne sur un an 620 000 F d'honoraires, et génère 1,8 MF de prescriptions ; un spécialiste perçoit 1 070 000 F d'honoraires et est à l'origine de 550 000 F de prescriptions.

[149] Dans la seconde procédure, la caisse liquide seulement la part prise en charge par le régime de base tandis que l'organisme complémentaire liquide la part qui le concerne : le paiement au professionnel est effectué pour le compte de la caisse et de l'organisme de protection complémentaire par un organisme financier.

[150] Techniquement, cette seconde procédure est subordonnée à l'évolution du système SESAM Vitale.

[151] Au 15 février 2000, et à titre d'illustration, Midi-Pyrénées (12,7 %), Languedoc-Roussillon (14,2 %) contre Ile-de-France (5,9 %), Nord-Pas de Calais (5,7 %).

[152] Réponse du directeur de la CNAMTS à la Cour.

[153] Un médecin référent recevrait, en effet, 300 000 F de forfait annuel, alors que son revenu net annuel moyen est de l'ordre de 370 000 F.

Sommaire

Section III :
Les problèmes juridiques de fond

Les limites du contenu et des effets des conventions et le constat de l'échec jusqu'ici de la tentative de rénovation des dispositifs conventionnels par le biais de l'option " médecin référent " tiennent en partie au fait que des problèmes juridiques de fond ont été mésestimés et dès lors fragilisent le système des conventions.

I – Le constat

La crédibilité et l'efficacité d'un système de régulation supposent sa stabilité dans le temps. Or, les relations entre l'assurance maladie et les professions de santé sont souvent conflictuelles et les conventions sont systématiquement attaquées devant les juridictions. L'ambition croissante des conventions à élargir leur domaine a accru la détermination des syndicats professionnels à obtenir une annulation.

Dans la pratique, presque toutes les conventions ont été annulées totalement et, depuis peu, partiellement. En effet, la jurisprudence du Conseil d'Etat, en admettant, depuis 1999, que les clauses d'une convention sont

divisibles et que l'annulation d'une clause n'entraîne pas nécessairement celle de la convention dans son ensemble, circonscrit le risque. Il demeure cependant important comme le montrent les jurisprudences relatives à la convention médicale de 1998 dans lesquelles les annulations ont porté sur des points essentiels. Ce risque est d'autant plus réel que les annulations suppriment des contraintes et interdisent la poursuite du contentieux, sans porter atteinte aux avantages.

Dans certains cas, le dispositif a fait l'objet de validations législatives, mais une jurisprudence constante du Conseil Constitutionnel limite le champ de ces validations qui ne peuvent viser que les actes de portée générale et non les actes individuels, comme par exemple une décision de mise hors convention. Cette contrainte est d'autant plus sévère que le Conseil d'Etat comme les juridictions judiciaires s'estiment désormais compétents pour examiner la compatibilité de telles lois au regard de l'article 6§1 de la Convention européenne des droits de l'homme et peuvent juger que la validation législative rétroactive d'un arrêté annulé porte atteinte au droit à un procès équitable. Enfin, les débats juridiques générés par les validations sont longs à régler : ce n'est, par exemple, que fin 1999 que la Cour de Cassation a été amenée à se prononcer sur un litige lié à la validation d'une convention de 1990[154].

II – Raisons de fond

Cette fragilité tient, outre à l'insuffisante préparation juridique relevée plus haut, à des problèmes de fond liés à la nature juridique du dispositif conventionnel.

En effet, une convention, si elle est élaborée à l'issue d'une négociation de type contractuel, est considérée par les juridictions, comme un règlement d'application d'une loi. Elle constitue une modalité d'exécution d'un service public et fait participer les professionnels de santé à l'exécution d'une mission de service public. D'autre part, elle est destinée à s'imposer à des tiers, qu'il s'agisse des patients ou des mutuelles et assureurs garantissant une protection complémentaire.

La jurisprudence considère donc que le dispositif conventionnel doit respecter à la fois les contraintes qui s'imposent aux contrats administratifs et celles qui prévalent pour les textes réglementaires. Les contraintes se cumulent. S'y ajoute le fait que le Conseil d'Etat, consulté en 1985, a estimé que les conventions ont " un caractère subsidiaire " ; c'est à dire que leurs dispositions ne peuvent empiéter ni sur le domaine de la loi, ni sur celui du règlement, sauf si la loi transfère explicitement une partie du pouvoir réglementaire aux partenaires conventionnels.

Ainsi, les gestionnaires de l'assurance maladie et les organisations professionnelles doivent prendre en compte à la fois les obligations résultant du droit communautaire, les normes constitutionnelles et les principes généraux du droit, le champ de leur habilitation légale, l'existence d'autres lois, le champ de compétence réglementaire qui leur est délégué et enfin les contraintes spécifiques liées à l'élaboration contractuelle de l'acte. Cet ensemble exceptionnel de contraintes est d'autant plus difficile à respecter qu'il doit être pris en compte dans un contexte de négociations marquées par un rapport de force et des intérêts souvent antagonistes.

L'extension progressive du champ des conventions ne pouvait qu'accroître la difficulté. L'hétérogénéité des délégations de compétence au profit des partenaires conventionnels selon les professions l'aggrave également En effet, la tentation existe pour les négociateurs de ne pas s'en tenir au domaine circonscrit par la loi, pour une profession donnée, avec le risque que le juge, raisonnant *a contrario*, à partir de l'habilitation explicitement donnée pour d'autres professions, les censure. La loi de financement pour 2000 a commencé à uniformiser les dispositifs d'habilitation sans toutefois aller au bout de cette logique. Une réflexion devrait donc être menée sur la possibilité de créer un dispositif d'habilitation unique qui pourrait bien sûr être décliné profession par profession mais avec un champ de compétences identifié et précis en spécifiant la possibilité, pour les partenaires conventionnels, de ne pas épuiser la totalité de ce champ[155].

Plus profondément, il serait nécessaire de réfléchir à la possibilité de redéfinir les domaines respectifs de compétence de la loi, du règlement et de la convention. L'objectif devrait être d'éviter qu'un même texte ne cumule les contraintes du contrat et celles du règlement et de restaurer un champ spécifique pour le domaine contractuel. Cela suppose, d'une part que certaines dispositions relèvent clairement du champ réglementaire, éventuellement après négociation avec les syndicats professionnels et d'autre part, que les dispositions qui ne sont pas liées à l'accomplissement d'une mission de service public ressortent désormais du champ purement

contractuel. Cette réflexion pourrait s'appuyer sur le fait que certaines dispositions des conventions, selon la Cour de Cassation, ne sont pas opposables aux patients et, de ce fait, pas de nature réglementaire.

Eviter le cumul des contraintes nécessite que les niveaux juridiques dans lesquels s'insèrent les mécanismes conventionnels soient davantage séparés en laissant une place aux relations individuelles entre caisses et professionnels de santé dans un cadre réellement synallagmatique, ce qui permettrait par ailleurs de donner un contenu à l'adhésion individuelle de ces derniers, aujourd'hui inscrite dans les textes mais sans contenu ni conséquences réelles.

Réponse

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Une réflexion d'ensemble sur le système conventionnel apparaît aujourd'hui indispensable, comme semblent d'ailleurs le souhaiter les différents acteurs. Au terme de son analyse, la Cour estime que cette réflexion pourrait notamment s'inspirer des recommandations suivantes.

RECOMMANDATIONS

1. Reconsidérer le champ actuel des conventions de manière à mieux séparer ce qui est réglementaire et ce qui est contractuel afin de ne pas cumuler les contraintes juridiques des deux types d'actes

2. Recentrer les conventions notamment sur ce qui peut réellement faire l'objet d'un engagement personnel du professionnel de santé, sur ce qui relève en propre de la légitimité des partenaires conventionnels et sur ce qui peut faire l'objet d'engagements précis, opérationnels et contrôlables.

3. Achever l'unification du dispositif d'habilitation applicable aux différentes professions de santé.

4. Mieux préparer les négociations conventionnelles par l'élaboration d'un projet de texte avant leur engagement, le renforcement de la capacité d'expertise juridique de la CNAMTS, l'insertion du service juridique dans le processus de préparation et de négociation des conventions.

5. Redéfinir l'ensemble du système de sanction en évitant que les représentants d'une même institution interviennent à la fois dans la définition des règles conventionnelles, la gestion du dispositif, le contrôle des abus et l'application des sanctions, cumul qui est à la fois source d'opacité et générateur de contestations et de contentieux.

6. Développer la connaissance de l'impact respectif sur les dépenses, à moyen et long terme, des hausses tarifaires, de l'évolution du nombre des actes et des effets de structure (création de nouvelles lettres clés, déformation de la répartition des honoraires entre les actes).

7. Intégrer dans les honoraires la prise en charge d'une partie des cotisations sociales des professionnels de santé par l'assurance maladie.

---

[154] Cour de Cassation : arrêt du 25 novembre 1999 CPAM des Hauts de Seine c/ Madame Zagury.

[155] En l'absence de cette mention, le Conseil d'Etat semble considérer que les partenaires conventionnels doivent couvrir l'intégralité du champ ouvert par la délégation qui leur est consentie.

Sommaire

LA SECURITE SOCIALE

TROISIEME PARTIE

LA GESTION DES ORGANISMES ET LA GESTION DES RISQUES

La maîtrise des coûts et la qualité des services rendus sont étroitement dépendantes des caractéristiques de la gestion des institutions. C'est pourquoi une partie des rapports successifs sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale est régulièrement consacrée à l'analyse de certains aspects de cette gestion. Cette année, ces analyses, consacrées respectivement aux conventions d'objectifs et de gestion (COG), aux relations avec les usagers, aux systèmes d'information et de gestion et aux avantages familiaux et conjugaux du système de retraite, sont précédées de la présentation d'un élément important de l'environnement juridique et institutionnel, à savoir le droit européen dans le domaine de la sécurité sociale.

Le traité instituant la communauté européenne n'a pas prévu de politique commune de sécurité sociale. L'établissement de directives, les mesures prises pour assurer la libre circulation des personnes traduisent le choix de coordonner les politiques nationales de sécurité sociale. Seul choix possible, mais qui aboutit à une grande complexité de la réglementation. Le chapitre fait une synthèse, sur la maladie, la famille, la vieillesse, certains aspects du recouvrement, de ce droit européen.

La gestion des organismes est étudiée, ensuite, à travers trois sujets :

- La gestion *stricto sensu* (chapitre X). La Cour a choisi de retenir deux domaines caractérisés par des innovations récentes : les conventions d'objectifs et de gestion sont les nouvelles modalités de relation entre l'Etat et les branches et, au sein des branches, entre les caisses nationales et les organismes de base. De même, les ordonnances de 1996 ont modifié le recrutement et la gestion des agents de direction des organismes de sécurité sociale. La Cour fait un premier bilan de ces deux innovations.

- Les relations avec les usagers, thème majeur dès lors que s'accroît l'exigence que les services publics soient bien au service du public. L'étude porte sur les branches famille et vieillesse du régime général (chapitre XI), à la fois dans leur fonction de liquidation des prestations, et dans leur fonction d'accueil et d'accompagnement des usagers, dont la population s'est profondément renouvelée.

- Enfin, les systèmes d'information et informatiques qui permettent précisément d'améliorer le service rendu : la liquidation des prestations, la conservation des bonnes informations sur les destinataires de ces prestations, la capacité à répondre rapidement et correctement aux demandes requiert des systèmes opérationnels et efficaces. C'est l'objet du chapitre XII, consacré aux branches famille et vieillesse du régime général.

La gestion des risques n'est analysée cette année qu'à travers un thème, mais il est très important, financièrement et sociologiquement. Il s'agit des avantages familiaux et conjugaux des systèmes de retraites (chapitre XIII). Les bonifications de points de retraite, les majorations de durée d'assurance, les possibilités de prendre sa retraite sans condition d'âge, l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), enfin les pensions de réversion aux veufs (et veuves) sont autant de dispositions, foisonnantes et différemment présentes dans les différents régimes de retraite. La diversité des dispositions concrètes est très grande, même si elles se rattachent toutes à quelques principes et répondent à des motifs, en définitive peu nombreux : compensation des interruptions de carrière professionnelle dues aux enfants, des baisses de niveaux de vie qu'ils entraînent, mais aussi garantie d'un niveau de vie aux retraités les plus démunis.

Sommaire

CHAPITRE IX

Le droit européen dans le domaine de la sécurité sociale

Le traité instituant la communauté européenne n'a pas prévu l'adoption d'une politique commune de sécurité sociale.

Son article 100[156] prévoit la possibilité d'arrêter des directives pour le rapprochement des législations nationales, mais le Conseil n'y a eu recours dans ce domaine que pour certaines questions particulières, comme l'égalité de rémunération entre les deux sexes, les autorisations de mise sur le marché des médicaments ou les retraites complémentaires.

En revanche, l'article 51 du traité[157], invite le Conseil à prendre les mesures de coordination nécessaires pour assurer la libre circulation : dans cette perspective, celui-ci a adopté le règlement 1408/71 du 14 juin 1971 et son règlement d'application, n° 574/72 du 21 mars 1972, qui confèrent un véritable statut aux travailleurs migrants. Contrairement aux directives traitant de la sécurité sociale, ces deux règlements s'appliquent à tous les Etats membres de l'Espace Economique Européen (EEE), qui comprend à la fois les quinze pays de l'Union européenne, l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

Ce choix de la coordination s'imposait, surtout qu'il s'agissait de rendre compatibles des législations d'inspiration très différente : systèmes d'assurance, réservés au moins initialement aux travailleurs et financés par des cotisations sociales, de l'Allemagne, de la France et du Benelux ; systèmes universels, financés par l'impôt, du Royaume-Uni, de l'Irlande et des pays nordiques ; régimes mixtes des pays méditerranéens, mêlant une législation universelle (de type "beveridgien") et des assurances privées pour certaines parties de la population. Mais la coordination se traduit par une grande complexité de la réglementation.

Cette complexité s'est accentuée sous l'influence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) et de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), qui veillent au respect des traités, notamment des principes de libre circulation et des règles de la concurrence, et de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Ce phénomène est appelé à se développer à la suite des traités de Maastricht du 7 février 1992 et d'Amsterdam du 2 octobre 1997, qui ont introduit la notion de citoyenneté européenne : cette dernière étend la conception traditionnelle de la libre circulation à tous les citoyens de l'Union (elle n'est donc plus limitée aux seuls travailleurs). La CJCE et la Commission en tirent progressivement les conséquences, en prônant l'extension aux non actifs en déplacement au sein de l'EEE des droits sociaux prévus à l'origine uniquement pour les travailleurs migrants.

L'application par les Etats membres d'une réglementation ardue, en perpétuelle mutation, exige des efforts importants de la part des administrations nationales, et représente a priori un certain coût. La Cour a constaté que les performances de la France à cet égard sont inégales : notre pays applique correctement et de manière uniforme sur l'ensemble du territoire les procédures les plus compliquées, mais est en retard dans la transposition en droit national de plusieurs directives communautaires[158].

Section I :
La place des dossiers européens dans la sécurité sociale française

I - Le nombre de personnes et les dépenses concernées

En 1998, d'après les rapports statistiques du centre de sécurité sociale des travailleurs migrants (CSSTM), 23,3 MdF de prestations de sécurité sociale ou de retraites complémentaires ont été payées par la France à l'étranger, dont 11,9 MdF, soit 51,1 % du total, concernent l'EEE. Les prestations correspondant aux seuls régimes de base de sécurité sociale représentent 9,7 MdF, soit seulement 5,5 pour 1000 des dépenses des régimes de base de sécurité sociale, qui se sont élevées à 1 745 MdF en 1998.

Les remboursements effectués par les institutions de sécurité sociale des autres Etats membres de l'EEE aux caisses françaises, au titre des ressortissants de ces Etats soignés en France, représentaient 2,3 MdF en 1998, alors que la France a remboursé 745 MF aux autres institutions européennes, au titre des assurés sociaux des régimes français soignés dans le reste de l'EEE. La France a servi par ailleurs 202 MF de pensions d'invalidité

(dont 136 MF au Portugal) et 642 MF de rentes d'accidents du travail dans le reste de l'Europe.

Les prestations familiales exportées par la France aux familles résidant à l'étranger de travailleurs employés en France ou de chômeurs indemnisés par notre pays, ainsi qu'aux travailleurs détachés à l'étranger accompagnés de leur famille ne s'élèvent qu'à 36 MF, au titre de 2 526 familles. Ces versements diminuent chaque année, les européens qui viennent travailler en France étant de plus en plus souvent accompagnés de leur famille. En outre, les assurés sociaux des régimes français détachés au sens de l'article 14 du règlement 1408/71 sont rarement suivis de leur famille, car le détachement ne peut durer qu'une année, renouvelable une seule fois avec l'accord de l'autorité compétente de l'État où l'intéressé est détaché : la plupart des Français expatriés dans le reste de l'Europe sont installés plus durablement et bénéficient des prestations familiales de leur pays d'emploi.

En revanche, les pensions de retraite servies à l'étranger augmentent chaque année : 461 754 pensions de retraite de base, d'un montant de
6,5 MdF, et 138 664 pensions de réversion, d'un montant de 1,5 MdF ont été versées dans les autres Etats membres en 1998 (contre 435 231 pensions directes, pour 6 MdF, et 131 097 pensions de réversion, pour 1,4 MdF, en 1997). L'AGIRC et l'ARRCO ont exporté de leur côté 2,2 MdF d'arrérages de pensions complémentaires en 1998 à 381 507 bénéficiaires, contre 2,1 MdF à 364 688 retraités (droits directs et indirects confondus) en 1997.

Les statistiques précitées ne sont pas exhaustives : nos caisses de sécurité sociale ne comptabilisent pas les prestations qu'elles versent sur le territoire national aux ressortissants d'autres Etats membres et ne connaissent qu'une partie de celles servies à des Français par leurs homologues du reste de l'EEE. Cette situation s'explique notamment par une raison juridique : conformément au principe d'égalité posé par le traité (et par notre Constitution), le droit aux prestations ne peut être fondé sur la nationalité des bénéficiaires, qu'il n'est donc pas utile de recenser.

II - Les moyens consacrés par la France au traitement des dossiers européens

Malgré la complexité de la réglementation européenne, les moyens matériels consacrés au traitement des dossiers communautaires sont limités.

La division des affaires européennes et internationales (DAEI) de la direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère de l'emploi et de la solidarité, qui suit à la fois les négociations des règlements et directives communautaires et des conventions bilatérales de sécurité sociale ne comporte que 10 agents : 7 de catégorie A, 1 de catégorie B et 2 de catégorie C.

Le CSSTM est l'organisme de liaison désigné par la France pour assurer les relations avec les institutions de sécurité sociale des autres Etats membres (dont chacun a nommé un ou plusieurs organismes jouant un rôle équivalent). Il rend des services aux différents régimes de sécurité sociale, qui prennent en charge son financement : consultations juridiques, traductions, constitution et diffusion d'une documentation et de statistiques relatives aux problèmes internationaux de sécurité sociale, gestion des détachements de longue durée des travailleurs français au sein de l'EEE, centralisation et traitement des créances et des dettes des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) vis-à-vis des institutions compétentes des autres pays membres.

Cette dernière tâche mobilise des moyens informatiques importants : l'application "LASER migrants" du système informatique national "LASER" des CPAM, mise en place en 1990, édite notamment chaque semestre les formulaires de remboursement des frais médicaux des assurés du reste de l'EEE en déplacement en France.

En 1998, l'effectif total réel du CSSTM comportait 115 agents : 41 de catégorie A, 15 de catégorie B, 48 de catégorie C et 2 ouvriers ; ses charges de fonctionnement s'élevaient à 35,1 MF, dont 77 %, soit 27,0 MF, étaient consacrés aux dossiers de l'EEE. Ces dépenses se répartissaient de la façon suivante : 12,2 MF (45,1 %) de frais de traduction, 9,2 MF (34,0 %) de gestion des créances et des dettes de la branche maladie, 5,0 MF (18,6 %) de frais juridiques 0,6 MF (2,3 %) d'études financières et statistiques. Compte tenu des dépenses du centre remboursées par la Commission de Bruxelles (une partie de ses frais de traduction) et de ses recettes diverses, le coût net supporté par la France et réparti entre les différentes branches de la sécurité sociale

représentait 16,2 MF.

Le recensement des agents des différentes branches de la sécurité sociale consacrés aux affaires européennes est beaucoup plus délicat, car la plupart d'entre eux traitent également de dossiers nationaux ou internationaux sans lien avec la réglementation communautaire : ils sont une centaine (dont 7 à la CNAMTS) sur 90 000 pour la branche maladie ; une vingtaine (dont un seul à la CNAF) sur 30 000 pour la branche famille[159] ; 250 environ (dont 70 au centre de Tours de la direction des assurés de l'étranger de la CNAV) sur 13 400 pour la branche vieillesse. Au total, environ 450 agents de ces trois branches de la sécurité sociale[160] se consacrent aux affaires européennes, soit 3,3 pour 1000 de leur effectif total. Les frais de personnel correspondants, estimés à environ 120 MF par an[161], représentent un pourcentage dérisoire du budget total de la sécurité sociale française
(1 745 MdF en 1998) et sont à rapprocher des 9,7 MdF de prestations de sécurité sociale de base versées en 1998 par la France aux autres Etats membres de l'EEE.

Ces agents peu nombreux ont acquis une bonne maîtrise de la réglementation communautaire, surtout au sein des caisses locales frontalières ou des pôles de compétence de la branche vieillesse, comme le centre de Tours de la CNAV. Ils sont aidés par les experts de la DSS, du CSSTM et des caisses nationales, ainsi que par les guides et circulaires, de valeur inégale, édités par ces dernières : le "Guide CEE" de la CNAMTS, qui traite des prestations de maladie et de maternité, est moins clair que son "Guide invalidité"; le "Suivi législatif" de la CNAF n'a pas été actualisé depuis sa publication en mars 1993. Néanmoins une simplification est souhaitable, par exemple sur la base du projet de réforme du règlement 1408/71 présenté par la Commission le 21 décembre 1998, dont la France souhaite faire avancer la négociation.

Réponse

---

[156] Devenu article 94, depuis le traité d'Amsterdam.

[157] Devenu article 42 : "Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée l'article 251 [la procédure de codécision], adopte, dans le domaine de la sécurité sociale, les mesures nécessaires pour l'établissement de la libre circulation des travailleurs, en instituant notamment un système permettant d'assurer aux travailleurs migrants et à leurs ayants droit : a) la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci de toutes périodes prises en considération par les législations nationales ; b) le paiement des prestations aux personnes résidant sur le territoire des Etats membres".

[158] En particulier, la transposition dans le cadre de la mutualité des troisièmes directives sur les assurances "vie" (n° 92/49 du 18 juin 1992) et "non vie" (n° 92/96 du 10 novembre 1996), qui aurait dû intervenir avant le 1er janvier 1994.

[159] Il est à noter que cette dernière affecte les dossiers européens d'un coefficient de complexité de 2,6 – représentant le temps supplémentaire que les agents doivent y consacrer par rapport aux dossiers nationaux.

[160] En tenant compte d'une partie des agents du CSSTM.

Sommaire

CHAPITRE IX

Le droit europeen dans le domaine de la securite sociale

SECTION II :
LA BRANCHE MALADIE

I - Présentation générale

A - Principes et modalités de prise en charge des soins des travailleurs migrants

Le règlement 1408/71 applique les principes de base suivants, énoncés par ses considérants :

"L'égalité de traitement au regard des différentes législations nationales" : les assurés sociaux se déplaçant au sein de l'EEE doivent bénéficier dans chaque Etat membre des mêmes droits que ceux garantis par la législation nationale aux assurés sociaux de cet Etat.

"Le maintien des avantages acquis ou en cours d'acquisition" : conformément à ce principe, l'article 18 du règlement prévoit, en ce qui concerne la maladie et la maternité, que "l'institution compétente d'un Etat membre dont la législation subordonne… le droit aux prestations à l'accomplissement d'une période d'assurance, d'emploi ou de résidence, tient compte des périodes accomplies dans tout autre Etat membre comme s'il s'agissait de périodes accomplies sous la législation qu'elle applique".

La soumission "au régime de sécurité sociale d'un seul Etat membre, de sorte que les cumuls de législations nationales applicables et les complications qui peuvent en résulter soient évitées"[162]. La législation applicable est "en règle générale, la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel l'assuré exerce son activité".

Quand un travailleur réside dans un Etat membre différent de son pays d'emploi, il doit donc s'inscrire auprès de l'institution compétente de sécurité sociale de ce dernier (appelé "Etat compétent" par le règlement 1408/71). Seule cette institution bénéficiera de ses cotisations sociales, si la législation nationale en prévoit. Les prestations de maladie et de maternité en espèces lui seront versées directement par cette institution, au taux prévu par la législation du pays de résidence ; en revanche, les prestations en nature lui seront versées par la caisse de sécurité sociale compétente de son pays de résidence, selon les modalités prévues par la législation de ce dernier, "pour le compte de l'Etat compétent" (c'est-à-dire que la caisse précitée se fera rembourser par celle du pays d'emploi).

Les travailleurs frontaliers bénéficient d'une faculté d'option : ils peuvent se faire soigner dans leur pays de résidence, dans les conditions qui viennent d'être évoquées, ou dans leur pays de résidence, en bénéficiant alors également des prestations en nature prévues par la législation de ce dernier.

Les principales exceptions à ces dispositions concernent les fonctionnaires et les personnes sous les drapeaux, qui continuent à dépendre de la législation de leur pays d'emploi, quel que soit leur lieu de travail, ainsi que les salariés détachés par leur entreprise dans les conditions évoquées ci-dessus, qui relèvent, comme leur famille, de la législation de l'Etat où ils travaillaient initialement.

De même, les chômeurs résidant en permanence dans un Etat autre que leur dernier pays d'emploi reçoivent à la fois les indemnités de chômage et les prestations de maladie et de maternité de leur pays de résidence, qui est considéré comme celui où il leur est le plus facile de retrouver du travail.

L'article 22 du règlement prévoit les différentes situations où les assurés peuvent recevoir des soins dans un Etat membre autre que leur pays d'emploi (ou leur pays de résidence, s'il est différent du premier).

Le séjour temporaire (voyage touristique ou d'affaires) donne droit aux soins nécessaires, qui sont remboursés à l'assuré par l'institution compétente du pays de séjour, selon les modalités de la législation locale, sur présentation d'un formulaire E 111 (pour les touristes) ou E128 (pour les voyages d'affaires) délivré avant son départ par la caisse dont il dépend. Ce formulaire permet à l'institution précitée de se faire rembourser par celle de l'assuré[163].

Le changement du pays de résidence d'un assuré, en cours de traitement pris en charge par l'institution de sécurité sociale de l'Etat compétent. Ce changement implique l'autorisation de cette institution.

Le déplacement temporaire dans un autre Etat membre, avec l'autorisation préalable de l'institution compétente, "pour y recevoir des soins appropriés à son état" : l'autorisation ne peut être refusée à l'assuré si les soins ne peuvent être dispensés dans le pays de résidence dans les délais requis par "son état actuel de santé et l'évolution probable de la maladie". Cette autorisation préalable n'est plus exigible dans le cas prévu par les arrêts Kohll et Decker de la CJCE, évoqués ci-dessous.

Le séjour temporaire d'un chômeur complet dans un ou plusieurs autres Etats membres[164], pour y chercher du

travail : pendant trois mois, il conserve la protection maladie de l'Etat compétent.

Dans ces différents cas, la personne en déplacement temporaire bénéficie des prestations en espèces de "l'Etat compétent" (celui où il résidait précédemment) et des prestations en nature de l'Etat où il s'est rendu, "pour le compte de l'Etat compétent".

B - Le régime communautaire de l'invalidité

Les modalités de liquidation des pensions d'invalidité des travailleurs migrants dépendent de la nature des législations nationales auxquelles ils ont été soumis successivement :

- si un invalide n'a dépendu que de "législations de type A", c'est-à-dire pour lesquelles le montant des prestations est indépendant de la durée d'assurance (tel est le cas de la Belgique, de l'Espagne, de la France -sauf pour le régime minier-, de la Grèce -pour le seul régime agricole-, de l'Irlande, des Pays-Bas et du Royaume-Uni), il reçoit la pension de l'institution du pays dont la législation était applicable au moment où est survenu l'incapacité de travail suivie d'invalidité (sans participation financière des institutions des autres Etats membres où il a travaillé) ;

- s'il n'a dépendu que de "législations de type B" (applicables dans tous les cas autres que ceux précités), subordonnant le droit aux prestations à des conditions de durée d'assurance ou de résidence, ou s'il a été soumis successivement à plusieurs législations de types différents, sa pension d'invalidité est liquidée sur le modèle, évoqué ci- dessous, des pensions de retraite : chaque institution liquide une pension, nationale ou proratisée, c'est-à-dire proportionnelle à la période passée sous sa législation, puis verse la pension, nationale ou proratisée, la plus élevée.

Le calcul des pensions à servir est particulièrement complexe lorsque les législations nationales applicables comportent des règles de non cumul des prestations ou des revenus acquis à l'étranger (ce qui est le cas de la législation française, qui plafonne les cumuls de pensions civiles d'invalidité avec les rentes d'accidents du travail, les pensions militaires d'invalidité et les revenus d'activité) : pour éviter que le jeu combiné des dispositions anti-cumul ne défavorisent les invalides, l'article 46 quater du règlement 1408/71 et l'article 7 du règlement 574/72 ont prévu que "les montants qui ne seraient pas payés en cas d'application stricte des clauses de réduction, de suspension ou de suppression prévues par des législations des Etats membres concernés sont divisés par le nombre de prestations sujettes à réduction, suspension ou suppression".

Pour liquider la pension d'un invalide ayant été soumis à des législations de type A et B, l'institution compétente doit procéder à pas moins de neuf opérations administratives différentes, compte tenu de ces règles nationales et communautaires de non cumul et de celles de totalisation-proratisation applicables en l'espèce, conformément au modèle des pensions de retraite : il serait souhaitable d'alléger cette procédure en simplifiant la réglementation communautaire relative à l'application combinée des législations nationales anti-cumul. La France a formulé des propositions dans cette perspective, dans le cadre de la préparation de la réforme du règlement 1408/71, que les Etats membres conduisent actuellement, conformément au « programme d'action sociale 1998-2000 » de la Communauté européenne.

II - Problèmes particuliers

A – L'application des arrêts Kohll et decker de CJCE

Par ses décisions Kohll (affaire C-158/96) et Decker (C-120/95) du 28 avril 1998, la Cour de Justice, répondant à des questions préjudicielles des juridictions luxembourgeoises, a indiqué que les prescriptions d'un médecin d'un Etat membre (en l'occurrence, un traitement d'orthodontie et l'achat de lunettes) pouvaient être exécutées dans n'importe quel autre Etat membre sans autorisation préalable de l'institution de sécurité sociale dont dépendait l'assuré, conformément au principe de libre circulation. Elle a précisé que dans ce cas, les prestations devaient être remboursées au tarif de l'Etat d'affiliation de l'assuré ("l'Etat compétent") et non à celui du pays où les prescriptions étaient exécutées, contrairement à la lettre de l'article 22 du règlement 1408/71.

Pour le moment, ni la Commission ni les Etats membres n'ont tiré les conséquences de ces décisions en

proposant de modifier le règlement 1408/71 ou en réformant les législations nationales en vigueur, bien que l'interprétation des dispositions du traité donnée par la CJCE soit d'application immédiate dans l'ordre juridique de chaque Etat membre. En France, une lettre circulaire du 29 juin 1998, signée par délégation du ministre de l'emploi et de la solidarité, demande aux caisses locales de continuer à appliquer la lettre du règlement communautaire et du code de la sécurité sociale, malgré les deux arrêts.

Cette prudence s'explique par la crainte des conséquences économiques que pourraient avoir des mouvements éventuels des ressortissants des Etats membres entre systèmes de santé de l'Union, et par la volonté de garder au niveau national la maîtrise de l'organisation nationale des soins et de l'évolution des dépenses de santé.

B – La politique communautaire du médicament

A la suite du drame de la thalidomide, le Conseil a adopté une politique de rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux spécialités pharmaceutiques, dont l'acte fondateur est la directive 65/65/CEE du 26 janvier 1965, qui traite pour l'essentiel de la définition, de l'étiquetage et des règles d'autorisation de mise sur le marché des médicaments. Celle-ci a été complétée par un grand nombre de directives concernant notamment les conditions de fabrication et de contrôle, les essais pharmacologiques, les médicaments de haute technologie, l'usage rationnel des médicaments et l'information du public[165].

Ces directives, généralement très précises, ne laissent qu'une marge de manœuvre réduite aux autorités nationales, de façon à faire bénéficier les consommateurs de garanties de sécurité élevées et homogènes au sein de l'EEE et à faire respecter l'égalité des conditions de concurrence entre laboratoires pharmaceutiques. Néanmoins, certains problèmes sont encore imparfaitement maîtrisés.

1. Les différences entre la définition communautaire et les définitions nationales du médicament

L'article 1er de la directive 65/65 donne du médicament une définition bicéphale, fondée à la fois sur sa présentation et sur sa fonction, d'ailleurs proche de la définition française traditionnelle.

La jurisprudence de la CJCE en a donné une interprétation complexe, qui laisse un grande marge d'appréciation aux juges nationaux. La présentation d'un médicament doit être appréciée en fonction d'un faisceau d'indices, se rapportant aussi bien à sa forme extérieure qu'à son conditionnement ; sa fonction, élément déterminant quand un produit ne se présente pas comme un médicament mais possède "des propriétés préventives et curatives", doit être examinée au regard de "ses propriétés pharmacologiques"[166], ainsi que "des adjuvants complétant la composition du produit, de ses modalités d'emploi, de l'ampleur de sa diffusion, de la connaissance qu'en ont les consommateurs et des risques que peut entraîner son utilisation"[167] ; le médicament doit exercer un effet "significatif sur le métabolisme"[168].

Les juges nationaux qui doivent se pencher sur la qualification d'un produit doivent donc se livrer à un examen multi-critères, qui leur laisse une grande marge d'interprétation : il en résulte des divergences d'appréciation selon les Etats membres, que la Cour considère comme inévitables pendant la "première étape d'harmonisation des réglementations nationales" : les juridictions françaises considèrent par exemple la vitamine C comme un médicament, alors que la plupart des Etats membres la classent comme un aliment. Ces différences affectent les conditions de distribution des produits en cause, vendus selon les cas en officines ou dans les circuits commerciaux classiques.

2. La politique de reconnaissance mutuelle des autorisations de mise sur le marché

Conformément à la directive 65/65, dûment transposée dans chaque législation nationale, les procédures d'autorisation de mise sur le marché (AMM) ont été harmonisées et sont presque identiques dans tous les Etats membres : la composition des dossiers, les normes et les protocoles d'essai, les étapes et les délais de la procédure sont les mêmes ; les AMM sont partout valables pour cinq années et renouvelables par périodes quinquennales.

Il serait logique que les AMM délivrées par chaque Etat membre dans des conditions semblables soient reconnues dans le reste de l'Union européenne. La commission avait d'ailleurs proposé en 1967 un système de reconnaissance automatique par chaque Etat membre des AMM accordées par les autres, qui a été repoussé

par le Conseil, chaque partenaire craignant la concurrence des industries pharmaceutiques des autres pays.

Deux directives successives, adoptées en 1975 et 1983[169] ont mis en œuvre des procédures de reconnaissance mutuelle des AMM fondées sur la coopération des Etats membres et l'influence d'un comité des spécialités pharmaceutiques purement consultatif, composé de représentants de la Commission et des pays membres. Ces directives ont obtenu un succès limité en raison des lenteurs de l'instruction, au moins un des Etats membres s'opposant à chaque nouvelle demande de reconnaissance d'une AMM et saisissant le comité précité pour arbitrage et les laboratoires pharmaceutiques préférant parfois retirer leurs dossiers en cours d'instruction.

C'est pourquoi le Conseil a adopté en 1993 à la fois une nouvelle procédure dite de "reconnaissance mutuelle atténuée", par la directive 93/39/CEE du 14 juin 1993, très complexe, qui n'a pas véritablement bouleversé les conditions de la reconnaissance mutuelle, et surtout une procédure centralisée d'AMM pour les médicaments de haute technologie, par le règlement 2309/93 du 22 juillet 1993.

Cette dernière est obligatoire depuis le 1er janvier 1995 pour les médicaments issus des procédés biotechnologiques visés à l'annexe A du règlement, et accessible aux laboratoires de façon optionnelle pour certains médicaments présentant une "innovation significative" ou un "intérêt significatif sur le plan thérapeutique" visés à l'annexe B. Son déroulement est semblable à celui des procédures nationales harmonisées, mais elle est conduite directement par le comité des spécialités pharmaceutiques, désormais intégré à l'agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EAMA), créée à Londres par la Communauté, et ses résultats s'appliquent immédiatement à l'ensemble des Etats membres[170]. Elle a permis de réduire de six ans en moyenne, jusqu'en 1995, à moins d'un an aujourd'hui les délais nécessaires pour obtenir une AMM valable dans toute la Communauté.

Le règlement 2309/93 prévoit la présentation, pour le 1er janvier 2001, d'un rapport par la Commission sur le champ d'application de cette procédure, qui pourrait être l'occasion de tirer les conséquences des résultats positifs obtenus par celle-ci, en étendant la liste des médicaments qui y sont soumis, à titre obligatoire ou facultatif.

3. Les différences entre les définitions communautaire et française des médicaments génériques

La directive 65/65 prévoit une procédure d'AMM abrégée pour les médicaments génériques, pour lesquels le laboratoire demandeur est dispensé de fournir les résultats des essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques dans différentes hypothèses et notamment si "le médicament est essentiellement similaire à un produit autorisé, selon les dispositions communautaires en vigueur, depuis au moins six ans dans la Communauté". Cette période de six ans peut être portée à dix ans (solution choisie par la France), ou au contraire réduite à la durée de protection des brevets en cause.

La définition relativement vague du médicament générique posait problème lorsqu'un laboratoire pharmaceutique introduisait des modifications mineures dans les caractéristiques d'un médicament (telles que la composition de l'excipient, le dosage ou la posologie) pendant la période de protection précitée : cette transformation prolongeait-elle la durée de protection des médicaments d'un nouveau délai de 6 ou 10 ans ?

Un arrêt de la CJCE du 3 décembre 1998, The Queen/The Licensing Authority (C-368/96), a tranché cette question par la négative en précisant la définition du « médicament essentiellement similaire » : une AMM abrégée peut être demandée pour un médicament essentiellement similaire 6 ou 10 ans après l'AMM obtenue par la spécialité originale, si les modifications subies par celle-ci dans l'intervalle n'ont pas introduit "des différences significatives par rapport à la spécialité originale en ce qui concerne la sécurité et l'efficacité". Cette solution favorable aux médicaments génériques moins coûteux est conforme à l'intérêt financier de la sécurité sociale de chaque Etat membre.

Or la définition française du médicament générique, donnée par l'article L. 601-6 du code de la santé publique, est légèrement plus large que celle de la CJCE : elle n'inclut pas l'absence de différence significative concernant la sécurité et l'efficacité et favorise donc moins la diffusion des médicaments génériques.

Une légère modification de la procédure d'AMM abrégée apportée par l'article 8 du décret n°99-846 du 11 juin 1999 "relatif aux spécialités génériques et au droit de substitution du pharmacien" ne comble pas cette

lacune. Il serait utile que la France aligne sa définition du médicament générique sur celle de la CJCE.

Réponse

---

[161] Le coût annuel moyen d'un agent du CSSTM était de 305 306 FF en 1998 ; celui d'un agent de la sécurité sociale a été estimé par la Cour à 258 750 FF en 1998, dans le cas de la branche retraite.

[162] Ce principe est repris par l'article 13 du règlement.

[163] Si l'assuré n'a pas emporté de formulaire E 111 ou E128, l'institution locale compétente peut demander à la caisse de l'assuré de certifier les droits de celui-ci, en lui adressant un document E 107. En outre, les assurés français peuvent se faire rembourser de leurs soins à leur retour de voyage, au tarif français, dans la limite de 1000 F, conformément à une disposition dérogatoire du règlement d'application 574/72.

[164] Dans les conditions prévues aux articles 25 et 69 du règlement 1408/71.

[165] Ces directives sont citées pages 556 et suivantes du livre de Christophe HENIN, *Le médicament en droit communautaire*, éditions de la santé, octobre 1997.

[166] Arrêt Van Bennekom du 30 novembre 1983 (affaire 227/82).

[167] Arrêt Delatte, Monteil et Samanni du 21 mars 1991 (C-60/89).

[168] Arrêt Upjohn du 16 avril 1991 (C-112/89).

[169] Les directives 75/319/CEE du 20 mai 1975 et 83/570/CEE du 26 octobre 1983.

[170] Il est à noter que le comité des spécialités pharmaceutiques ne délivre pas lui- même les AMM : il donne des avis au Conseil, qui prend ensuite la décision, que ce soit dans la procédure de "reconnaissance mutuelle atténuée" ou dans la procédure centralisée.

Sommaire

Section III :
La branche famille

Les principes de base du règlement s'appliquent aux prestations familiales : "les périodes d'assurance, d'emploi ou d'activité" accomplies dans tous les autres Etats membres sont prises en compte pour l'ouverture des droits ; les prestations familiales sont servies par le pays d'emploi ou, dans le cas des chômeurs complets qui résidaient dans un autre Etat que celui où ils travaillaient, par le pays de résidence et à la charge de celui-ci.

L'article 73 du règlement précise que les prestations familiales sont exportées du pays d'emploi d'un travailleur vers le pays de résidence de sa famille, si celle-ci ne l'a pas accompagné.

Cet article a été introduit à la suite des arrêts Pinna de la CJCE des 15 janvier 1986 et 2 mars 1989 (affaires 41/84 et 359/87), qui ont imposé à la France l'exportation des prestations familiales, alors que la rédaction initiale de l'article 73 autorisait notre seul pays à rembourser aux Etats de résidence des travailleurs migrants employés chez nous les prestations qu'ils versaient à leurs familles, selon les modalités de leurs législations

nationales (au lieu de leur verser des prestations selon notre législation).

Toutefois, les prestations citées à l'annexe VI, section E & 7 du règlement ne sont pas exportables : dans le cas français, il s'agit des allocations logement, de l'allocation de garde d'enfant à domicile, de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée, de l'allocation parentale d'éducation et de l'allocation pour jeunes enfants servie jusqu'à l'âge de trois mois. Il en va de même pour le RMI, qui n'est pas classé par la loi du 1er décembre 1988 parmi les prestations familiales : la CJCE a confirmé par l'arrêt Scrivner du 27 mars 1985 (affaire 122/84), à propos de son équivalent belge, le "minimex", que les systèmes de revenu minimum garanti, n'étaient pas des prestations de sécurité sociale.

L'article 76 & 1 du règlement 1408/71 fixe les règles de priorité, en cas de cumul de droits aux prestations entre l'Etat compétent, où travaille l'un des parents, et le pays de résidence du reste de la famille. Ses dispositions se combinent, dans le cas français, avec celles de l'article L. 512-5 du code de la sécurité sociale : il en résulte, par exemple, que si la mère sans activité réside en France avec ses enfants, alors que le père travaille dans un autre Etat membre, ce dernier exporte ses allocations à la famille résidant en France et la caisse d'allocations familiales françaises (CAF) verse des "allocations différentielles", si le taux des allocations familiales du premier Etat est inférieur à celui des nôtres ; si les enfants résident dans un autre Etat avec leur mère qui y exerce une activité, alors que le père travaille en France, la caisse de l'autre état verse des prestations familiales, que la CAF abonde par un "complément différentiel", si le taux de ces prestations est plus faible que les nôtres.

Réponse

Sommaire

Section IV :
La branche vieillesse

I – Présentation générale

La branche vieillesse est régie par des normes communautaires différentes selon le type de pension concerné, mais les distinctions ainsi opérées ne coïncident pas avec la traditionnelle répartition entre "premier pilier" (retraite de base obligatoire), "deuxième pilier" (retraite complémentaire d'origine professionnelle, souvent obligatoire pour les membres d'une profession donnée[171]) et "troisième pilier" (retraite supplémentaire d'initiative individuelle facultative) :

- Le règlement 1408/71 s'applique aux régimes de base et aux régimes complémentaires fixés par la loi, ainsi qu'aux régimes conventionnels adoptés pour mettre en œuvre une obligation légale, à condition qu'un Etat membre en ait fait la demande : la France vient d'y soumettre les régimes de l'AGIRC et de l'ARRCO, conformément à la demande des partenaires sociaux, à compter du 1er janvier 2000.

- La directive 98/49 du 29 juin 1998 concerne tous les régimes complémentaires non définis par la loi ou assimilés à ces régimes à la demande d'un Etat membre (l'AGIRC et l'ARRCO en relevaient jusqu'au 31 décembre 1999). Cette courte directive fixe quatre prescriptions minimales que les Etats membres doivent faire respecter par les régimes complémentaires nationaux : le maintien des droits à pension pour les travailleurs qui ont quitté un Etat membre après y avoir cotisé ; le versement transfrontalier des pensions net de toutes taxes ; la liberté de choix du régime de pension complémentaire pour les travailleurs détachés (qui peuvent garder celui de leur pays d'origine pendant leur détachement sans être obligés de cotiser dans l'Etat de détachement) et l'obligation d'informer les affiliés de chaque régime sur leurs droits en cas de changement d'Etat membre.

- Les directives sur les assurances s'appliquent à ceux des régimes complémentaires gérés par des entreprises d'assurance et aux régimes supplémentaires du troisième pilier.

Dans le cadre du règlement 1408/71, les pensions des travailleurs migrants sont liquidées selon le mécanisme suivant, prévu aux articles 46 et 47, chacune des institutions compétentes des Etats membres où il a travaillé ou résidé se penchant sur son dossier (que la première institution saisie transmet aux autres) :

Si les conditions requises par la législation d'un des Etats membres concernés sont satisfaites, sans avoir besoin de faire appel aux périodes passées dans d'autres Etats membres, l'institution compétente calcule le montant des prestations qui seraient dues, à la fois en appliquant la législation de cet Etat et les règles de la totalisation–proratisation exposées ci-dessous.

Si les conditions requises par la législation d'un Etat membre ne sont satisfaites qu'en faisant appel aux périodes d'assurance ou de résidence accomplies dans d'autres Etats membres, les règles de totalisation–proratisation s'appliquent : l'institution compétente calcule d'abord le montant théorique de la pension à laquelle aurait droit l'intéressé, selon la législation nationale, comme s'il avait passé sous le régime de celle-ci toutes les périodes accomplies dans d'autres Etats membres, puis elle établit le montant effectif de la prestation qu'elle servira, sur la base du montant théorique précité, au prorata des périodes passées sous la législation nationale par rapport au total des périodes accomplies dans les différents Etats membres en cause.

L'institution compétente de chacun des Etats membres où l'intéressé a travaillé ou résidé lui verse le montant de prestation le plus élevé auquel il a droit après avoir comparé, le cas échéant, la pension nationale et la pension proratisée résultant des calculs précités.

Ces comparaisons entre montants de pensions nationales et proratisées portent sur les montants calculés après application des clauses de non cumul éventuelles prévues par chaque législation nationale.

Les articles 46 bis à 46 quater du règlement précisent les modalités d'application des règles nationales de non cumul de prestations et de revenus. Chacun de ces articles a été introduit à la suite d'un ou plusieurs arrêts par lesquels la CJCE a cherché à corriger des anomalies constatées dans le jeu combiné de ces clauses. Il en résulte une très grande complexité, déjà évoquée à propos des pensions d'invalidité, qu'il conviendrait également de réduire par une simplification des règles communautaires relatives à l'application combinée des législations nationales anti-cumul.

La Cour a constaté, cela dit, une grande maîtrise de l'application de ces règles par les spécialistes du réseau de la CNAV et un audit réalisé à la demande de la Commission dans tous les Etats membres a montré que la durée moyenne de traitement des pensions des travailleurs migrants était inférieure en France à la moyenne communautaire[172].

II – Problèmes particuliers

A – L'application des règles communautaires de la concurrence aux régimes de retraites

Les articles 85 à 94 du traité instituant la Communauté européenne (devenu articles 81 à 89) fixent les règles de concurrence à respecter par les entreprises au sein de la Communauté. Les organismes de sécurité sociale sont donc soumis à ces règles lorsqu'ils sont considérés comme des entreprises.

Un problème d'appréciation s'est surtout posé en France à cet égard dans le cas des régimes de retraites : il est évident que les sociétés privées qui gèrent la quasi totalité des régimes supplémentaires sont des entreprises, mais le statut des organismes en charge des régimes complémentaires n'a été fixé que progressivement par le jurisprudence de la CJCE.

Dans sa décision Poucet et Pistre du 17 février1993 (affaires conjointes C-159/91 et C-160/91), la Cour de Luxembourg a jugé que deux organismes chargés de la gestion de régimes de base de vieillesse et de maladie (la Cancava et la Camulrac) "n'étaient pas des entreprises au sens des articles 85 et 86 du traité", car "les organismes qui concourent au service public de la sécurité sociale remplissent une fonction de caractère exclusivement social. Cette activité est, en effet, fondée sur le principe de la solidarité nationale et dépourvue de tout but lucratif. Les prestations versées sont des prestations légales indépendantes du montant des cotisations".

Cette décision a été d'abord considérée comme s'appliquant à la fois aux régimes de base et aux régimes complémentaires. Mais elle a été corrigée par l'arrêt FFSA (généralement appelé arrêt "Coreva") du 16 novembre 1994 (C-244/94). Dans cette espèce, la CJCE a assimilé à une entreprise l'organisme gérant le régime de retraite facultatif des personnes non salariées des professions agricoles, au motif principal qu'elle était en situation de concurrence directe avec les sociétés d'assurance qui vendent aux agriculteurs des contrats de retraite complémentaire.

Le Conseil d'État en a tiré les conséquences[173] en annulant pour excès de pouvoir les dispositions du décret confiant à l'organisme la gestion du régime complémentaire en cause, parce qu'il avait permis à celle-ci d'abuser d'une position dominante, contrairement à l'article 86 du traité, et donné à cette mutuelle des droits exclusifs non justifiés par la mission particulière qui lui était confiée, contrairement à l'article 90-1. La haute juridiction a considéré que constituait un abus de position dominante "le fait de réserver à l'organisme gestionnaire du régime d'assurance vieillesse de base…l'exclusivité de la gestion du régime complémentaire de retraite bénéficiant seul…de la déductibilité du revenu professionnel imposable des cotisations versées".

La Cour de Justice vient de préciser sa doctrine par les trois arrêts Albany, Brentjens et Maatshappij Drijvende Bokken du 21 septembre 1999, relatifs à des régimes de retraite complémentaires gérés par des fonds de pensions sectoriels néerlandais faisant l'objet de conventions collectives rendues obligatoires et étendues à l'ensemble d'une profession par des arrêtés ministériels. Ces décisions confirment tout d'abord la jurisprudence Poucet et Pistre : les institutions gérant les régimes de base de sécurité sociale ne sont pas considérées, pour ce qui concerne cette activité, comme des entreprises. Cette confirmation n'allait pas de soi ; en effet, dans l'affaire Coreva, relative au régime de retraite facultatif des personnes non salariées des professions agricoles, c'est-à-dire un régime du deuxième pilier, comme dans ses décisions Höfner et Job Center[174], la CJCE avait classé des organismes responsables de service public comme des entreprises, lorsqu'ils entraient au titre de leurs activités complémentaires en concurrence effective avec des sociétés privées. Or, dans certains cas particuliers comme celui de l'AMEXA, des régimes de base d'assurance maladie peuvent être gérés, au choix des adhérents, par des mutuelles ou des sociétés privées exerçant par ailleurs des activités concurrentielles.

Dans l'état actuel des textes, les caisses françaises gérant les régimes de base de sécurité sociale en situation de monopole, qui remplissent tous les critères de l'arrêt Poucet et Pistre, ne risquent donc pas de voir leur organisation remise en cause au nom des règles de concurrence du traité.

La CJCE a par ailleurs confirmé la jurisprudence Coreva, en classant les fonds de pensions néerlandais comme des entreprises soumises aux règles de la concurrence, mais elle a validé leur fonctionnement : les conventions collectives accordant l'exclusivité de la gestion d'un régime de retraite complémentaire à un même organisme et leurs arrêtés d'extension ne sont pas contraires aux dites règles.

En effet, les fonds sectoriels obligatoires "remplissent une fonction sociale essentielle dans le système de pension aux Pays–Bas" et la suppression des droits exclusifs les empêcherait de servir des pensions décentes en raison de la fuite des bons risques.

Compte tenu de la « mission sociale particulière d'intérêt général » que remplissent les régimes complémentaires, et qui justifie le monopole et l'obligation d'adhésion, la Cour de Justice considère que les Etats membres doivent fixer les « exigences minimales » à respecter quand ils rendent obligatoire l'affiliation à un régime complémentaire.

La France a, par ailleurs, mis en place un système concurrentiel en matière de sécurité sociale dans d'autres domaines que ceux évoqués par les arrêts de la CJCE :

- Les assurés ont le choix de l'organisme prestataire de service de certains régimes de base, au moins dans le domaine de l'assurance maladie : c'est le cas non seulement de régimes particuliers comme celui de l'AMEXA, mais du régime général, en ce qui concerne la protection complémentaire des bénéficiaires de la couverture maladie universelle créée par la loi du 27 juillet 1999.

- L'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi n°94-678 du 8 août 1994, stipule que les accords professionnels ou interprofessionnels susceptibles d'extension obligatoire doivent comporter "une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité les modalités de mutualisation des risques

peuvent être réexaminées ; la portée du réexamen ne peut excéder cinq ans".

B – L'application du régime d'égalité entre les sexes aux régimes de retraite

Les articles 119 et 120 du traité (devenus articles 141 et 142) posent le principe de l'égalité de rémunération entre travailleurs des deux sexes, qui s'applique aux retraites, considérées des rémunérations différées. Les premières directives[175] prises pour son application ont autorisé les Etats membres à maintenir des dispositions plus favorables aux femmes dans leurs régimes de pension.

La jurisprudence de la CJCE a autorisé le maintien de ces dérogations pour les régimes de retraite de base[176], mais non pour les régimes complémentaires et supplémentaires[177] ni pour les régimes spéciaux[178]. Le Conseil en a tiré les conséquences en adoptant la directive 96/97/CEE du 20 décembre 1996, modifiant la directive 86/378.

La France a été condamnée par la décision Commission contre République française du 8 juillet 1999 pour ne pas avoir transposé la directive 96/97 dans le droit national (la date limite était le 1er juillet 1997).

Une procédure avait été, en outre, engagée contre les régimes de l'AGIRC et de l'ARRCO, qui ont supprimé les dispositions discriminatoires de leurs régimes respectifs à une date trop tardive par rapport à celle fixée par la jurisprudence. L'arrêt Podesta (C-50/99) du 25 mai 2000 vient de demander la suppression de ces discriminations à partir du 17 mai 1990, alors que l'AGIRC les avait abolies avec date d'effet du 1er mars 1994 et l'ARRCO du 1er juillet 1996.

Une autre procédure a été lancée contre une discrimination du code des pensions civiles et militaires[179].

Enfin la Commission vient de représenter une ancienne proposition de directive, présentée en 1987, visant à éliminer les discriminations des régimes de retraite de base du premier pilier.

Réponse

---

[171] En France, où les salariés du secteur privé sont obligatoirement couverts par les régimes complémentaires de l'AGIRC ou de l'ARRCO, les régimes spécifiques à chaque profession qui s'ajoutent à ces derniers doivent également être considérés comme des régimes complémentaires du deuxième pilier et non comme des régimes supplémentaires d'initiative individuelle.

[172] D'après le rapport réalisé par le bureau d'études britannique Anite System Inc., diffusé le 23 février 1999, les durées moyennes de traitement des dossiers au sein de chaque Etat membre varieraient de 62 à 197 jours, selon les centres, avec une moyenne de 120 jours : la durée moyenne de traitement du centre de Tours de la CNAV est de 74 jours. Cela dit, la durée de liquidation totale d'un dossier par tous les Etats membres concernés, dont les prestations se chevauchent, allonge ces délais. Par ailleurs, des valeurs extrêmes beaucoup plus longues sont constatées : les dossiers des Länder de l'Est de l'Allemagne exigent parfois plusieurs années de recherches.

[173] Par l'arrêt FFSA et autres contre ministre de l'agriculture et de la pêche du 8 novembre 1996.

[174] Arrêt Höfner du 23 avril 1991 (C-41/90) et Job Center du11 décembre 1997 (C-55/96).

[175] La directive 79/7/CEE du 19 décembre 1978 traite des régimes de base, la directive 83/378/CEE du 24 juillet 1986 des régimes professionnels complémentaires et supplémentaires ; la directive 86/613/CEE du 11 décembre 1986 des activités indépendantes et des conjoints aidant.

[176] Arrêt Defrenne I du 25 mai 1971 (C-80/70).

[177] Arrêts Bilka du 13 mai 1986 (170/84) et Barber du 17 mai 1990 (C-262/88).

[178] Arrêts Beune du 28 septembre 1994 (C-7/93) et Evrenopoulos du 17 avril 1997 (C-147/95).

[179] L'affaire Griesmar (C-366/99) pour laquelle le Conseil d'Etat a posé une question préjudicielle à la CJCE : la discrimination attaquée est la bonification d'une année de service par enfant élevé prévue au seul bénéfice des femmes fonctionnaires par l'article L.12,b du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Sommaire

Section V :
Problèmes particuliers communs à plusieurs branches de la sécurite sociale

I – L'application de la CSG et de la CRDS aux revenus provenant d'autres Etats membres

La loi n°90-1168 du 29 décembre 1990 créant la CSG et la loi n°96-50 du 24 janvier 1996 créant la CRDS ont prévu la taxation des revenus d'activité et de remplacement provenant de l'étranger. Ces contributions, considérées comme des "impositions de toute nature" par la jurisprudence du Conseil constitutionnel et du Conseil d'État, sont payées uniquement par les personnes fiscalement domiciliées en France.

Comme les conventions fiscales bilatérales prévoient la taxation dans le pays d'emploi, pour éviter les doubles impositions, les résidents en France percevant des salaires, des pensions ou d'autres revenus de l'étranger sont généralement domiciliés fiscalement à l'étranger et exonérés de la CSG et de la CRDS. Mais un certain nombre d'entre eux optent pour la domiciliation fiscale en France, notamment quand le taux de notre impôt sur le revenu leur paraît plus favorable.

La Commission, qui considère pour sa part la CSG et la CRDS comme des cotisations sociales, estime que ces derniers sont pénalisés puisqu'ils paient à la fois la CSG et la CRDS et les cotisations sociales prélevées par l'autre Etat membre sur leurs revenus, contrairement au principe de l'unicité de législation énoncé par l'article 13 du règlement 1408/71. Elle a donc déféré la France devant la CJCE.

Par deux arrêts Commission contre République française du 15 février 2000 (C-34/98 et C-169/98), celle-ci vient de condamner la France, en se fondant à la fois sur l'article 13 précité du règlement et sur les articles 48 et 52 du traité relatifs à la libre circulation : l'avocat général a centré sa démonstration sur le fait que la double contribution au financement de la sécurité sociale de deux Etats membres constituait un obstacle à la libre circulation. La France a décidé que les litiges en cause seraient réglés conformément aux décisions de la CJCE et que les personnes qui auraient acquitté ces prélèvements seraient remboursés sur leur demande.

II – Les droits des inactifs et des ressortissants des pays

La loi "Chevènement" n° 93-349 du 11 mai 1998 avait par ailleurs assoupli les conditions d'obtention des titres de séjour par les différents catégories d'étrangers, tout en maintenant la condition de régularité du séjour posée par la loi "Pasqua" : les ressortissants de l'EEE bénéficiaient désormais d'une carte de séjour[180] délivrée pour dix ans (au lieu de cinq), qui était rendue permanente à l'occasion de son renouvellement.

Cette carte n'était nécessaire que pour les séjours en France de plus de trois mois : en deçà de ce délai, les ressortissants de l'EEE "séjournaient régulièrement sous le couvert du document avec lequel ils avaient pénétré sur le territoire français" (décret n°94-211 du 11 mars 1994).

Pour l'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale, la régularité de la situation d'un ressortissant de la Communauté européenne "était constatée par tous documents attestant la qualité de travailleur ressortissant d'un État membre", y compris par la carte de séjour précitée, mais celle-ci ne pouvait en aucun cas être exigée

à cet effet, conformément à l'arrêt Maria Martinez Sala contre Freistaat Bayern du 12 mai 1998 (C-85/96).

Cependant, le décret du 21 septembre 1994 continuait à maintenir l'exigence de la présentation d'un titre de séjour pour l'affiliation d'un ressortissant inactif d'un Etat membre de l'EEE : cette situation contraire à la jurisprudence vient d'être corrigée par le décret n° 2000-649 du 7 juillet 2000. Ce décret assouplit encore la situation de l'ensemble des ressortissants de l'EEE, qui ne sont désormais plus astreints à détenir une carte de séjour, quelle que soit la durée de leur séjour en France.

La proposition de réforme du règlement 1408/71 présentée par la Commission le 21 décembre 1998 tire également les conséquences de l'évolution des traités de Maastricht et d'Amsterdam et de la jurisprudence, en proposant d'étendre le champ d'application personnel du règlement "à toutes les personnes qui sont ou ont été soumises à la législation de sécurité sociale d'un ou plusieurs Etats membres ainsi qu'aux membres de leurs familles et à leurs survivants".

Cette réforme concernerait en pratique d'une part les rares catégories d'inactifs qui ne sont pas encore prises en compte par le règlement[181] (qui s'applique déjà aux retraités, aux chômeurs et aux étudiants), et d'autre part les ressortissants des pays tiers affiliés à un régime de sécurité sociale dans un Etat membre : ces derniers sont déjà explicitement couverts par la jurisprudence de la CJCE ou de la CEDH, lorsqu'ils sont citoyens d'un état signataire d'un accord passé avec la Communauté comportant une clause de sécurité sociale ou adhérent à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, mais ils ne le sont pas s'ils proviennent d'un autre pays tiers.

Cependant, la portée réelle de cette réforme serait limitée par les différentes législations nationales des Etats membres qui restreignent la possibilité pour les inactifs ne disposant pas d'un certain niveau de ressources de transférer leur résidence dans un autre Etat membre et encadrent le droit de circulation et de séjour des ressortissants des pays tiers sur leur territoire. L'exposé des motifs de la proposition de réforme de la Commission insiste d'ailleurs sur la compétence des Etats membres pour fixer les critères d'admission sur leur territoire de ces ressortissants ainsi que leurs conditions d'affiliation aux régimes nationaux de sécurité sociale : "la disposition n'accorderait en aucune façon à un ressortissant d'un pays tiers le droit de circuler librement au sein de la Communauté ; tout ce qui est prévu est que si un ressortissant d'un pays tiers se déplace dans un autre Etat membre, il y jouit des droits qu'accorde le règlement proposé".

La complexité du dispositif justifierait de disposer d'un document d'information présentant au public de façon réaliste les droits au déplacement, au séjour et aux prestations sociales des inactifs et des ressortissants des pays tiers au sein des différents Etats membres de l'EEE, même si les praticiens n'ont pas besoin d'un tel guide pour appliquer la réglementation.

III – Les modalités de versement aux étrangers de l'allocation aux adultes handicapés et de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse

Le code de la sécurité sociale réservait l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse (FSV)[182] "à toute personne de nationalité française ou ressortissant d'un pays ayant conclu une convention de réciprocité", car il les classait comme des prestations non contributives auxquelles les dispositions du règlement 1408/71 n'étaient pas applicables.

Depuis 1974, la CJCE a reclassé ces allocations comme des prestations de sécurité sociale au sens communautaire du terme, car elles confèrent à leurs bénéficiaires "une position légalement définie", elles se rapportent à l'un des risques énumérés à l'article 4 du règlement 1408/71, qui énumère les différentes branches de la sécurité sociale, et elles complètent des prestations de sécurité sociale[183] ; elle a tiré successivement trois conséquences de cette jurisprudence, au fil des requêtes qui lui ont été présentées :

- Elle a d'abord indiqué que ces prestations devaient être versées aux ressortissants des Etats membres résidant en France[184], ce qui n'était pas, en pratique, contesté par l'administration, malgré la lettre du code de la sécurité sociale.

- Elle a ensuite précisé qu'elles devaient être exportées au profit des ressortissants de la Communauté européenne qui retournaient dans leur pays d'origine (ou allaient résider dans un autre Etat membre), après

avoir résidé sur notre territoire[185]. La France n'a pas appliqué cette décision, car ces prestations, destinées à compléter les ressources d'une personne pour lui assurer un revenu minimal en France, étaient parfois supérieures au revenu moyen des pays où elles résidaient.

Le Conseil a toutefois restreint la portée de cette jurisprudence par le règlement 1247/92 du 30 avril 1992 : celui-ci a modifié le règlement 1408/71, pour interdire les discriminations entre les résidents des Etats membres fondées sur la nationalité, tout en permettant aux pays membres de rendre non exportables certaines prestations sociales, en les inscrivant à l'annexe II bis du règlement 1408/71 (ce que la France a fait dans le cas de l'AAH et de l'allocation supplémentaire du FNS). Toutefois, les prestations en cause doivent, conformément à la jurisprudence, être exportées au profit des ressortissants de la Communauté qui en avaient fait la demande avant l'adoption du règlement 1247/92.

- La CJCE a enfin déclaré que ces prestations devaient bénéficier aux ressortissants des pays tiers liés à la Communauté par un accord comportant une clause de non discrimination en matière de sécurité sociale (comme les accords d'association passés avec les pays du Maghreb), alors que notre code de la sécurité sociale subordonnait l'octroi de ces prestations aux étrangers non communautaires à la passation d'accords bilatéraux de réciprocité[186]. Mais la France a persisté à considérer les arrêts comme des cas d'espèce et à refuser l'octroi de ces prestations, malgré la position concordante de la CJCE, de la Cour de Cassation[187] et du Conseil constitutionnel[188].

La Cour européenne des Droits de l'Homme a ultérieurement élargi la portée géographique de la jurisprudence de la CJCE, en déclarant que le refus de versement d'une prestation de sécurité sociale (en l'espèce une allocation de chômage) à un ressortissant d'un pays signataire de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales résidant dans un autre pays signataire, était contraire au principe de non discrimination de l'article 14 de ladite Convention[189].

Il a fallu attendre la loi "Chevènement" n° 98-349 du 11 mai 1998 pour que le code de la sécurité sociale soit enfin modifié et la jurisprudence de la CJCE intégralement appliquée : désormais, tous les étrangers résidant de manière régulière en France et pas seulement les ressortissants des Etats ayant signé un accord avec l'Union européenne ou la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, peuvent bénéficier de l'AAH ou de l'allocation supplémentaire du FSV.

***

L'ensemble des dispositions de la réglementation communautaire qui viennent d'être évoquées sont inspirées par la volonté d'articuler un niveau de protection sociale élevé (l'article 2 du traité précise que "la Communauté a pour mission…de promouvoir…un niveau d'emploi et de protection sociale élevée"), avec la libre circulation des personnes (et pas seulement des travailleurs) et le respect de la concurrence. Les résultats obtenus malgré une grande complexité sont positifs.

Mais il est frappant de constater qu'aucun volet du règlement 1408/71 ni aucune directive, ne traitent du financement des régimes de sécurité sociale. Cette lacune est particulièrement sensible, au moment où la jurisprudence de la Cour de Justice permet aux assurés de se déplacer dans d'autres Etats membres pour y recevoir des soins, sans autorisation préalable des caisses de sécurité sociale, au risque de déstabiliser l'appareil de santé de certaines régions. A l'occasion de la réforme du règlement 1408/71, il serait souhaitable d'étudier, comme la France le préconise, l'adoption de règles de coordination des dispositions nationales relatives aux prélèvements sociaux ayant un impact sur la libre circulation des travailleurs, de façon à éviter que les initiatives d'un Etat membre dans ce domaine n'affectent l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale des autres.

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

Conformément à l'article 51 du traité instituant la Communauté européenne, le règlement du Conseil 1408/71 du 14 juin 1971 coordonne les législations de sécurité sociale des Etats membres de l'Espace Economique Européen pour permettre la libre circulation des travailleurs. Il applique les principes de base suivants : égalité de traitement des ressortissants des différents Etats membres ; maintien des avantages acquis ou en cours d'acquisition dans la législation d'un pays membre, en totalisant, si la législation d'un Etat membre le prévoit, les périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence accomplies par un assuré dans l'ensemble des Etats membres où il a travaillé ou résidé ; soumission de chaque assuré à la législation d'un seul Etat

membre, en principe le pays d'emploi (à quelques exceptions près comme celle des chômeurs qui relèvent de la législation de leur pays de résidence).

Ces principes se déclinent dans les différentes branches de la sécurité sociale selon des dispositions complexes, en particulier en ce qui concerne le calcul des prestations familiales servies aux familles dont les membres résident et travaillent dans plusieurs Etats membres et la mise en œuvre combinée des règles de non cumul des prestations d'invalidité ou de retraite prévues par les législations de chacun des pays membres où un travailleur migrant a fait carrière.

Les problèmes particuliers suivants méritent d'être évoqués :

Pour la branche maladie :

Les arrêts Kohll et Decker de la CJCE permettant l'exécution des prescriptions d'un médecin d'un Etat membre dans un autre pays membre, aux frais et selon le tarif du régime de sécurité sociale de l'assuré, n'ont encore été pris en compte ni par la réglementation européenne ni par celle des Etats membres.

La politique communautaire du médicament, fondée principalement sur la directive d'harmonisation des législations nationales 65/65/CEE du 26 janvier 1965 a permis de rapprocher les procédures nationales d'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments, mais les efforts accomplis pour favoriser la reconnaissance des AMM nationales ont été peu couronnés de succès. La procédure d'AMM centralisée pour les médicaments de haute technologie qui s'applique depuis 1995 a permis au contraire d'abréger les délais de procédure. Les différences existant, par ailleurs, entre définitions nationales et définition communautaire des médicaments laissent subsister des divergences de traitement au sein de la Communauté : en particulier, la définition française des médicaments génériques, moins précise que celle donnée par la CJCE, est moins favorable que cette dernière à leur diffusion rapide.

Pour la branche vieillesse :

Les règles de la concurrence du traité s'appliquent aux entreprises : la jurisprudence de la CJCE ne considère pas comme des entreprises les organismes gérant des régimes de base de sécurité sociale ; en revanche, les organismes, lorsqu'ils gèrent des régimes de retraites complémentaires ou supplémentaires, sont considérés comme des entreprises soumises à ces règles. Conformément à la position de la CJCE, la France devrait préciser les règles minimales que doivent respecter les accords collectifs confiant à un organisme la gestion d'un régime de retraite complémentaire susceptibles d'être rendus obligatoires par arrêtés d'extension. En revanche, la législation française sur la concurrence est plus rigoureuse sur certains points que la jurisprudence européenne.

La France doit transposer dans le droit national la directive 96/97/CEE du 20 décembre 1996 relative à l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes dans les régimes complémentaires et supplémentaires de retraite et inciter les gestionnaires de ces régimes à éliminer les dispositions discriminatoires qu'ils comportent (sur les avantages familiaux de retraite en France, cf. infra, chapitre XX, p.00).

Pour certaines questions touchant l'ensemble des branches :

La CJCE a juté que la pratique française consistant à ce que les résidents percevant des revenus d'un autre Etat membre tout en étant domiciliés fiscalement sur notre territoire doivent acquitter à la fois la CSG et la CRDS et les cotisations sociales perçues sur leur pension ou leur salaire par l'Etat précité, n'était pas conforme au droit communautaire. Les conséquences de ce jugement sont en train d'être tirées.

Le projet de réforme du règlement 1408/71 en cours de négociation prévoit l'extension du champ de compétence personnel de ce dernier aux ressortissants des pays tiers, conformément à la jurisprudence de la Cour de Luxembourg et à celle de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, ainsi qu'aux inactifs, conformément aux traités de Maastricht et d'Amsterdam, qui ont introduit la notion de citoyenneté européenne, étendant à tous les citoyens les droits initialement réservés aux travailleurs. Aucun document disponible ne présente aujourd'hui de manière réaliste l'ensemble des droits au déplacement, au séjour et aux

prestations sociales des inactifs et des ressortissants des pays tiers dans les Etats membres de l'EEE.

Alors que la loi française considérait l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse (FSV) comme des prestations non contributives non soumises au règlement 1408/71 et les réservait aux personnes de nationalité française, la jurisprudence de la CJCE les a classées parmi les prestations de sécurité sociale, au sens communautaire du terme, auxquelles s'applique la réglementation communautaire. En conséquence, elle a successivement décidé :

- le versement de ces prestations aux ressortissants des Etats membres de l'EEE résidant en France ;

- puis leur exportation aux profit de ces derniers, lorsqu'ils retournent dans leur pays ou vont résider dans un autre Etat membre (mais la portée de cette décision a été restreinte par le règlement du Conseil 1247/92, qui autorise les Etats membres à ne plus exporter certaines prestations sociales, disposition que la France a utilisée dans le cas de l'AAH et de l'allocation supplémentaire du FSV) ;

- et enfin le versement des prestations en cause aux ressortissants des pays tiers signataires d'accords avec la Communauté comportant des clauses de non discrimination en matière de sécurité sociale. La France ne s'est conformée à cette dernière décision et n'a régularisé la situation des étrangers qui avaient demandé à bénéficier de l'exportation de l'AAH et de l'allocation supplémentaire du FSV, entre l'arrêt de la CJCE et la date de mise en œuvre du règlement 1247/92, qu'à partir de l'adoption de la loi "Chevènement".

Malgré la complexité de la réglementation communautaire, l'administration française consacre aux dossiers européens des moyens limités : 10 fonctionnaires du ministère de l'emploi et de la solidarité et environ 450 agents de la sécurité sociale. La rémunération de ces derniers (moins de 120 MF par an) représente une fraction dérisoire du budget de la sécurité sociale. Ces agents maîtrisent bien la législation en cause.

Les prestations de sécurité sociales payées par la France à des personnes résidant au sein d'autres pays de l'EEE s'élevaient à 11,9 MdF en 1998, dont
9,7 MdF de prestations des régimes de base, soit 5,5 pour 1000 de nos dépenses de sécurité sociale) : le montant des prestations familiales exportées est faible (36 MF) et diminue régulièrement ; en revanche, les pensions de retraite servies dans d'autres Etats membres est en augmentation (600 418 retraités perçoivent 7,9 MdF de pensions de base, droits directs et pensions de réversion confondus) ; les institutions étrangères remboursent à nos caisses 2,3 MdF au titre des dépenses de leurs ressortissants soignés en France, tandis que nous remboursons 745 MF aux autres institutions européennes, au titre des assurés sociaux des régimes français soignés dans le reste de l'EEE.

Réponse

RECOMMANDATIONS

1. Favoriser dans les négociations communautaires l'extension du régime centralisé d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.

2. Aligner la définition du médicament générique donnée par le code de la santé publique sur la définition communautaire, précisée par l'arrêt de la CJCE The Queen/The Licensing Authority du 3 décembre 1998 (affaire C-368/96).

3. Préparer ou susciter la publication par la Commission d'un document présentant au public de manière réaliste les droits au déplacement, au séjour et aux prestations sociales des inactifs et des ressortissants des pays tiers dans les différents états membres de l'EEE.

4. Compléter le code de la sécurité sociale pour prévoir les exigences minimales à respecter par les accords collectifs prévoyant l'adhésion à un régime de retraite complémentaire, susceptibles d'être rendus obligatoires par arrêtés d'extension.

5. Favoriser l'insertion, au sein du règlement 1408/71, de quelques règles de coordination des dispositions nationales relatives aux prélèvements sociaux ayant un impact sur la libre circulation des travailleurs, à l'occasion de la réforme de ce règlement.

[180] L’exigence d’une carte de séjour pour les ressortissants de la Communauté était conforme à la directive n°68-360 du 15 octobre 1968 et à la jurisprudence de la CJCE (arrêts Commission contre Royaume de Belgique du 27 avril 1989 – affaire 321/87- et Commission contre République Fédérale d’Allemagne du 30 avril 1998 – affaire C-24/97).

[181] Dans le cas français, la mise en œuvre de cette réforme, si le Conseil l’adopte, se traduirait par l’extension du champ d’application du règlement 1408/71 aux nouveaux bénéficiaires d’une assurance maladie, grâce à la loi CMU n°99-641 du 27 juillet 1999.

[182] Cette allocation a remplacé l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité (FNS).

[183] Arrêt Biason du 9 octobre 1974 (affaire 24/74).

[184] Arrêts Biason, précité, et Vito Inzirillo du 16 décembre 1976 (affaire 63/76).

[185] Arrêt Paola Piscitello du 5 mai 1983 (139/82), rendu à propos d'une allocation d'aide sociale italienne reclassée en prestation de sécurité sociale et déclarée exportable d'Italie en Belgique.

[186] Les arrêts Kziber du 31 janvier 1991 (C-18/90), Yousfi du 20 avril 1994 (C-58/93) et Krids du 5 avril 1995 (C-103/94) déclarent les clauses de non discrimination de ces accords d'application directe.

[187] Arrêt Mazari du 7 mai 1991, confirmé par les décisions Benhamida, Meradchi et Souibgui du 17 octobre 1996 et Athmani du 20 février 1997.

[188] Décisions du Conseil constitutionnel n° 89-269 DC du 22 janvier 1990 et de la CJCE Commission contre République française du 12 juillet 1990 et du 11 juin 1991 (affaires C-236 et C-307/89).

[189] Arrêt Gaygusuz contre Autriche du 16 septembre 1996 (affaire 39/1995/545/631).

CHAPITRE PRELIMINAIRE

LES SUITES DONNEES A CERTAINES OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS PRECEDENTES DE LA COUR

Section I – La gestion du risque dans la branche maladie du régime général

REPONSE DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

La définition et l'impulsion de la politique de gestion du risque

La Cour considère que le système des contrats pluriannuels de gestion, pour le volet gestion du risque, est compliqué et difficile à piloter, du fait que les CPAM conservent des programmes spécifiques et que la caisse nationale s'est réservée la négociation avec chacune d'entre elles.

Chaque contrat est signé de manière bilatérale par le président et le directeur de la CPAM et par le président et le directeur de la CNAMTS, le contrat pluriannuel de gestion est donc élaboré et négocié avec chacune des caisses. Ceci permet d'une part de fixer des grandes orientations identiques à toutes sur un socle commun (production, qualité de service et régulation) et d'autre part de tenir compte des spécificités locales pour fixer des objectifs réalistes à chacune.

Les niveaux d'engagements de chaque organisme sur les programmes nationaux et régionaux de gestion du risque sont discutés au sein du comité technique de l'URCAM. Les programmes locaux spécifiques doivent faire partie intégrante des engagements contractuels de la CPAM car ils sont une composante à part entière de la politique de gestion du risque de l'assurance maladie. En effet, des spécificités locales continuent d'exister tant en matière de respect des référentiels réglementaires ou médicaux par les professionnels, qu'en matière d'accès aux soins ou à l'information médicale. L'avis du directeur de l'URCAM sur les engagements de la CPAM facilitera grandement la négociation entre chaque CPAM et la CNAMTS.

La diffusion d'outils et de méthodes et l'assistance aux caisses

Dès le début des années 1990, la CNAMTS a cherché à promouvoir des actions réalisées avec succès par les caisses et services médicaux. Elle a pour cela diffusé une série de brochures spécialisées sur la gestion du risque -"Geriscoop"- qui dans une page dite "carré d'as" développaient 4 actions menées par des caisses et services médicaux ayant permis d'obtenir de bons résultats.

Les articles résumaient l'action en quelques lignes et fournissaient les coordonnées des auteurs qui s'engageaient à fournir tous les éléments de méthodologie nécessaires à la réalisation de l'action.

En 1994, un premier recueil des actions performantes a été réalisé par un groupe de travail national placé sous la responsabilité d'un directeur de CPAM. Ce travail s'est trouvé complété en 1995 et 1996 par un "répertoire d'actions concertées de gestion du risque" proposant des fiches de description normalisée dans lesquelles étaient précisés les états des lieux avant action (nombre et type d'anomalies rencontrées), les résultats obtenus (indus récupérés, observation des comportements après action, contentieux engagés et leurs suites connues …) et les coûts générés par le projet.

En parallèle, un guide méthodologique sur la mesure d'impact des actions de gestion du risque était réalisé en collaboration entre les services administratifs (gestion du risque et statistique) et services médicaux, pour aider les organismes à évaluer les résultats de leurs actions.

En outre, la CNAMTS met à la disposition des caisses ainsi qu'à celle des échelons du service médical, des protocoles standardisés nationaux (PSN), permettant aux services médicaux de mener des actions de gestion du risque, conjointement avec les caisses.

Parmi les PSN les plus fréquemment utilisés depuis 1996, on peut citer celui relatif au suivi des référentiels médicaux opposables pharmaceutiques, qui s'appuie sur les données du codage de la pharmacie, ou encore celui portant sur le respect par le chirurgien des règles de cotation des actes en K ou KC.

En complément des forums d'échanges existant sur l'outil Intranet du régime général, les URCAM et la CNAMTS prévoient de développer une bibliothèque des programmes et des méthodologies qui permettrait un meilleur partage de méthodologies et d'expériences. Ce type d'outil est opérationnel pour les études menées par le service médical depuis peu et est accessible par Médiam (service Intranet de la branche).

En matière statistique, l'effort fait pour diffuser des outils et des méthodes aux caisses et loin d'être négligeable.

Parmi les actions effectuées par le département d'assistance et de coopération avec le réseau des statisticiens, on peut citer :

- l'élaboration et la diffusion d'un modèle de suivi de la conjoncture et de prévisions ;

- la mise à disposition du logiciel statistique SAS et de son support technique aux statisticiens du réseau ;

- la diffusion d'un modèle d'analyse des données ;

- un journal de liaison entre les statisticiens du réseau ;

- des formations intra-entreprise : Séries chronologiques, analyse des données, sondages ;

- des actions menées dans le cadre du projet de branche : audit, mise en place d'un groupe régional pilote.

L'organisation

La Cour semble considérer que, en matière de gestion du risque, le cloisonnement et l'émiettement des moyens sont source de complexité. La CNAMTS considère que c'est surtout "l'émiettement" des programmes qui est source d'inefficacité. C'est pourquoi elle a choisi d'organiser les travaux de gestion du risque autour d'un socle solide de programmes en nombre limité (PNIR, PRAM), tout en laissant les moyens humains dans les caisses et échelons. L'action ainsi organisée est concentrée et renforcée sur les principaux enjeux et, à la fois, proche du terrain ce qui améliore son opérationnalité.

Par ailleurs, la Cour semble déplorer que le partage d'attribution entre les URCAM et les CRAM n'ait pas été revu. La CNAMTS considère que le rôle prépondérant de la CRAM en matière de politique hospitalière ne peut être remis en question pour des raisons d'efficacité : les CRAM ont, en matière hospitalière, une compétence et un leadership reconnus et appréciés. A cet égard, on ne peut escamoter le fait que l'autorité réglementaire a conforté cette vision en confiant au directeur de la CRAM la fonction de vice-président de la commission exécutive de l'ARH.

La CNAMTS ne privilégie pas l'idée d'un échelon régional unique chargé de l'ensemble de la gestion du risque. La plus-value qu'elle serait susceptible d'obtenir d'une telle réforme "centralisatrice" est aléatoire eu égard la diversité et les spécificités des métiers exercés par ses agents respectivement sur le champ de la médecine de ville et de l'hôpital. La lourdeur de gestion d'une telle organisation serait un frein à la créativité et au développement du professionnalisme indispensable. Cela déboucherait inéluctablement vers une sélection trop réductrice des domaines d'intervention. Il semble préférable de potentialiser les capacités d'expertise de chacun tout en assurant une coordination régionale d'ensemble.

Le dispositif de contrôle et ses résultats

La Cour considère que les résultats globaux des contrôles sont limités et rappelle les dispositions du projet de COG, prévoyant que *" les programmes d'action font l'objet d'une évaluation externe, dont les résultats sont communiqués à l'Etat "*, ce qui, juge la Cour *" devrait à l'avenir inciter à une meilleure efficacité et permettre*

une meilleure connaissance des résultats, qui demeurent pour l'instant mal connus et faibles. "

La CNAMTS estime que les résultats des actions sont essentiellement tributaires, d'une part, de la définition de référentiels et de l'efficacité du système des sanctions, qui dépendent de l'Etat, et, d'autre part, de l'élaboration de méthodologies et de la sélection des actions, qui relèvent de la CNAMTS et que celle-ci a fait figurer au nombre des priorités du projet de branche.

Par ailleurs, la CNAMTS souligne que les programmes nationaux de santé publique qu'elle mène font toujours l'objet de deux évaluations de nature différente.

La première de ces évaluations porte sur les résultats du programme en matière d'amélioration des pratiques de soins. Ces résultats se mesurent en deux temps : constat des pratiques avant réalisation du programme ; constat des pratiques après intervention. Cette évaluation permet d'apprécier l'efficacité du programme de santé publique.

La seconde évaluation porte sur l'adhésion des professionnels à la démarche de l'assurance maladie, ce qui permet d'estimer les chances d'une appropriation plus forte des nouvelles pratiques par eux.

Le contentieux

La nécessité de revoir le système des sanctions à l'encontre des professionnels de santé n'est pas un dossier nouveau pour la CNAMTS. Sous réserve d'un changement radical d'approche préconisé par la Cour et qui rejoint les propositions de la CNAMTS (*cf. réponse de la CNAMTS au chapitre VIII*), la CNAMTS a adressé au Ministère, en 1998 et 1999, des propositions de réforme législatives et réglementaires visant à améliorer l'efficacité de ses contrôles. Des propositions ont été également formulées en ce sens dans le cadre du plan stratégique.

Ces propositions ont pour objectif :

en premier lieu, d'élargir les pouvoirs de sanction de l'assurance maladie et d'en simplifier les procédures :

- récupération financière auprès du professionnel de santé de ses prescriptions abusives quelle que soit la nature de la prescription.

- pouvoir pour les caisses de délivrer un titre exécutoire leur permettant d'assurer rapidement le recouvrement de l'ensemble des sommes dues à titre d'indus ou de sanctions financières.

- pouvoir de suspendre ou de supprimer le conventionnement pour des fautes extérieures à la convention.

- publicité obligatoire des sanctions prononcées notamment par la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre afin d'informer les assurés sociaux.

en second lieu, d'harmoniser et de simplifier ce qui précède et suit la notification de la sanction

- *ce qui précède :*

. création d'un " article socle " qui proposerait une procédure commune à tous les professionnels de santé et à tous les griefs pour le contentieux conventionnel (les conventions renverraient à ce socle commun pour les aspects de procédure).

. développement de procédures de pré-sanction.

- *ce qui suit :*

. unification des voies de recours en cas de contentieux en les confiant aux tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Sommaire

Section II :
La distribution du médicament

Dans son rapport de septembre 1999 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour a fait le point sur les conditions de distribution du médicament et formulé un certain nombre de recommandations :

- mettre en place les outils statistiques permettant d'obtenir, dans des délais raisonnables, une information précise sur la situation des différents intervenants, notamment des officines ;

- engager une réflexion afin de définir les moyens à mettre en œuvre pour réduire le coût global de distribution du médicament, notamment en examinant les adaptations structurelles de nature à y contribuer, la possibilité de réduire le champ de la réglementation en matière de marges et de remises, afin de laisser une part plus grande à la négociation commerciale ;

- dresser un bilan régulier du dispositif mis en place en 1999, afin de pouvoir prévenir toute évolution éventuellement défavorable pour l'assurance maladie du coût global de distribution du médicament.

Un an après ces recommandations, la situation de la distribution du médicament appelle les constatations qui suivent.

I – Les grossistes-répartiteurs

Après la mesure qui avait, au printemps 1999, fait évoluer la marge des grossistes d'un système proportionnel au taux unique de 10,74 % vers un système dégressif comportant deux taux (le taux initial de 10,74 % jusqu'à un prix de 150 F, un taux de 6 % à partir de ce prix), mesure que la Cour avait prise en compte dans ses observations, ce secteur d'activité n'a pas connu de nouvelles modifications réglementaires majeures. Cette réforme a induit une baisse de cette marge d'environ 100 MF pour les quatre derniers mois de 1999. Elle devrait entraîner, selon le ministère de l'emploi et de la solidarité, pour la première année d'application, une baisse de l'ordre de 265 MF (soit 200 MF en année pleine du fait du changement de barème et 65 MF du fait de l'introduction de la dégressivité de la marge)[7].

En ce qui concerne les remises, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) a effectué une enquête afin de vérifier le respect du plafonnement à 2,5 % prévu par la réglementation. D'une manière générale, il apparaît que

- pour les médicaments autres que les génériques, le taux plafond est plutôt respecté, mais certains avantages commerciaux sont accordés par ailleurs aux officines (coopération commerciale, distribution gratuite de produits) ;

- pour les médicaments génériques, la réglementation ne semble pas toujours respectée, certains fournisseurs d'officines (grossistes-répartiteurs, laboratoires pharmaceutiques) appliquant des remises très supérieures au plafond spécifique fixé par la réglementation (10,74 %), ce qui accroît d'autant la marge des pharmaciens, les prix publiés restant inchangés.

Bien que le dispositif d'encadrement de cette activité soit très complet (la marge, les remises, la contribution à l'assurance maladie sont réglementées), il n'empêche pas certains professionnels de prendre des initiatives

commerciales, parfois contraires à la réglementation, qui en atténuent la portée. Il faut noter que ces initiatives interviennent plutôt dans le domaine des médicaments génériques, ce qui place les pouvoirs publics devant l'alternative ou bien de faire respecter la réglementation des remises, au risque de freiner le développement de ces produits, ou bien de favoriser les génériques en acceptant de ne pas faire respecter une réglementation des remises, qui deviendrait alors inutile.

Dans un contexte marqué par l'arrivée sur le marché de nouveaux intervenants (groupements de pharmaciens, par exemple) et par le développement éventuel des ventes par l'intermédiaire des nouveaux moyens de communication (Internet), les résultats obtenus révèlent les limites des instruments utilisés pour maîtriser, au stade de la répartition pharmaceutique, l'évolution des dépenses de pharmacie, et confirment la nécessité, précédemment évoquée par la Cour, d'une réflexion dans le sens d'un recours plus grand aux mécanismes du marché, notamment pour les génériques.

II – Les pharmaciens d'officine

A – Le nombre d'étudiants

La Cour constate que le numerus clausus demeure fixé à 2 250 étudiants. A l'appui du *statu quo*, le ministère de l'emploi et de la solidarité fait valoir que la demande formulée par les professionnels d'augmenter ce numerus clausus ne paraît pas fondée, notamment parce qu'il ne constate pas une insuffisance de pharmaciens assistants dans les officines.

B – La création, le transfert et le regroupement des officines

Les règles de création, de transfert et de regroupement des officines ont été modifiées par la loi du 27 juillet 1999, texte qui vise, notamment, à favoriser le regroupement des officines à l'intérieur d'une même commune.

La Cour constate que le nouveau dispositif est entré en vigueur, dans les communes de 2 500 habitants et plus, avec la publication au Journal officiel du 23 mars 2000 du décret du 21 mars 2000. Dans les autres communes, l'entrée en vigueur de la nouvelle législation interviendra avec la publication, dans chaque département, d'arrêtés préfectoraux déterminant la zone de desserte de chacune des officines installées dans une commune de moins de 2 500 habitants. Cette publication devrait intervenir dans un délai maximum de huit mois, soit avant le 24 novembre 2000.

La Cour prend acte de l'entrée en vigueur du nouveau dispositif mais relève qu'un certain temps sera nécessaire afin de vérifier si, tout en respectant l'objectif de commodité d'accès de tous au médicament, il répond à la situation et offre de réelles possibilités de restructuration de la distribution du médicament, de nature à en réduire le coût global.

C – La marge

Les administrations concernées ont désormais accès à des statistiques leur permettant d'assurer un suivi de la marge des pharmaciens d'officine dans des conditions progressivement plus favorables en termes de fiabilité et de rapidité. La généralisation du codage des médicaments (taux supérieur à 90 % à la fin 1999) devrait, par ailleurs, contribuer à améliorer la connaissance précise de cette marge, du moins pour la part qui provient de la vente de médicaments remboursables (plus de 80 % du chiffre d'affaires des officines).

La marge globale retenue lors des discussions ayant conduit à l'abandon partiel de la dégressivité était de 28,2 MdF. Les estimations pour 1999 conduisent à un montant de l'ordre de 29 MdF, soit un niveau sensiblement supérieur à ce qui était attendu. Il serait dans la logique de l'accord initial que l'assurance maladie n'ait pas à supporter les effets de ce dépassement.

D – Les génériques

L'accord conclu avec les pharmaciens d'officine en février 1999 intègre un objectif de substitution des médicaments génériques aux produits princeps. Cet objectif avait été fixé à 35 % avant la fin 1999, ce qui devait conduire à une baisse du prix moyen des médicaments appartenant aux groupes génériques retenus de

10,5 %.

Pour la période juillet 1999-mars 2000, la baisse de ce prix moyen par rapport au dernier trimestre 1998 –qui est la période de référence figurant dans l'accord- est de 4,3 %. Pour le seul mois de mars 2000, par rapport à cette même référence, la baisse se situe à 6,7 %, ce qui est l'indice d'un développement significatif du marché des génériques.

Mais ces résultats ne traduisent pas seulement une pratique plus fréquente de la substitution ; ils reflètent aussi, de façon mineure certes, la prescription par le médecin de produits moins chers et la baisse du prix de certains médicaments.

La Cour constate donc un certain développement des ventes de médicaments génériques, qui reste aujourd'hui en deçà de l'objectif retenu, objectif déterminé, il est vrai, sans étude préalable approfondie.

Au total, ni sur la marge des officines ni sur le développement des génériques, les objectifs de l'accord d'avril 1999 n'ont été atteints, ce qui devrait conduire, dans la logique même de cet accord, à réexaminer la situation.

SYNTHESE

Dans son rapport de 1999, la Cour avait estimé nécessaire qu'une réflexion d'ensemble soit menée sur la distribution du médicament, notamment, sur les différents points évoqués ci-dessus. Un an plus tard, ses conclusions demeurent, dans une très large mesure, d'actualité.

Cette section n'a pas appelé de réponse

---

[7] Des estimations émanant de la profession font état d'une baisse plus forte, qui pourrait être au cours des 12 premiers mois d'application, de l'ordre de 350 MF

Sommaire

Section III :
La nomenclature des actes des professionnels de santé

Le codage des actes des professionnels de santé admis au remboursement par l'assurance maladie a été rendu obligatoire par la loi du 4 janvier 1993. L'activité des médecins de ville est décrite par la nomenclature générale des actes professionnels des médecins (NGAP). Obsolète et imprécise, elle ne peut servir au codage. Le catalogue des actes médicaux (CDAM) utilisé dans les hôpitaux, notamment pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), bien que plus détaillé, ne couvre qu'une partie trop spécifique de l'activité médicale ; il est inutilisable en pratique de ville. C'est pourquoi, il a été décidé, en 1996, de fondre ces deux instruments en un, la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Dans son rapport au Parlement de septembre 1997 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour constatait que la réforme avait peu progressé et ajoutait : "La généralisation du codage des actes, condition d'un système d'information indispensable aussi bien à la mise en œuvre d'une politique de santé efficace qu'à une véritable maîtrise médicalisée des dépenses de santé, nécessite pourtant l'établissement d'un catalogue descriptif fiable et précis. Ce catalogue devra pouvoir être utilisé par tous, quels que soient le secteur d'activité et le mode d'exercice. Il est primordial que l'établissement de cette liste n'enregistre pas de retard et s'opère dans des conditions garantissant sa transparence… Afin d'éviter à l'avenir tout risque de distorsion tarifaire, il conviendrait de distinguer nettement l'étape de hiérarchisation, qui devrait reposer sur une méthode rigoureuse garantissant sa neutralité, de la phase de valorisation monétaire, qui relève de la

négociation entre partenaires conventionnels".

La convention d'objectifs et de gestion (COG) intervenue entre l'Etat et la CNAMTS en avril 1997 pour la période 1997-1999 avait consacré de longs développements à cette réforme en distinguant l'élaboration d'une nomenclature unique, - dont l'établissement devait être co-piloté par l'Etat et l'assurance maladie en faisant appel à des experts aussi indépendants que possible -, et la réforme des procédures d'élaboration et d'actualisation de sa traduction tarifaire. Le premier travail devait comporter quatre phases : établissement d'une nomenclature descriptive commune aux professionnels travaillant en ville, à l'hôpital public et en clinique privée ; évaluation de l'efficacité, de l'utilité et de la sécurité des actes, mission confiée à l'ANAES par l'ordonnance de 1996 ; hiérarchisation des actes, confiée à la CNAMTS avec le concours des sociétés savantes ; valorisation (cotation) confiée aux caisses d'assurance maladie dans le cadre des relations conventionnelles avec les professions de santé.

En application de la COG, la CNAMTS et le pôle d'expertise et de référence nationale pour les nomenclatures de santé (PERNNS)[8] ont entrepris la réalisation de la CCAM en respectant les quatre phases prévues.

La Cour a examiné l'état de ces travaux au printemps 2000, c'est-à-dire quelques mois après l'achèvement de la période couverte par la COG, en examinant pour chaque phase les méthodes utilisées et les délais prévisibles.

Première phase : établissement d'une liste de libellés commune, décrivant l'activité médicale en ville comme dans un établissement public ou privé et baptisée classification commune des actes médicaux (CCAM), constituant un élément d'une nomenclature plus générale, la classification commune des actes des professionnels de santé (CCAPS).

En liaison avec les sociétés savantes, l'Etat et la CNAMTS ont adopté des principes de description (présentation par grands appareils[9], précision de chaque libellé[10]), et des conventions d'écritures qui respectent une norme européenne. La CCAM sera un ensemble de libellés et de codes décrivant des actes techniques soit isolés, soit regroupés en procédures usuelles, réalisables dans l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales.

Cette phase, qui a mobilisé plusieurs centaines d'experts, a été réalisée en cinq étapes en prenant comme base le catalogue des actes médicaux utilisé à l'hôpital public, et en y appliquant les principes de description retenus :

- étape 1 : rédaction d'un premier document par un groupe de travail PERNSS/CNAMTS, complété par un consultant hospitalo-universitaire et quelques experts (moitié publics, moitié privés) ;

- étape 2 : relecture et validation du document par la société savante ;

- étape 3 : tests sur sites ;

- étape 4 : vérification de la précision et de la structuration des libellés par un organisme extérieur spécialisé et contrôle de la conformité avec la pré-norme européenne par un groupe inter-universitaire dans le cadre d'un projet de recherche européen ;

- étape 5 : vérification ultime par un groupe technique transversal chargé de vérifier la cohérence globale.

Désormais, la CCAM est au point pour la plus grande partie des actes ; elle ne concerne cependant que les actes techniques et laisse provisoirement de côté les actes cliniques c'est-à-dire les différentes consultations (initiale, de contrôle, de suivi, de diagnostic, de prévention, multidisciplinaire, de surveillance). Ces actes pourraient être insérés sans modification dans la CCAM en attendant une refonte ultérieure.

Deuxième phase : évaluation de l'utilité et de la sécurité des actes. Cette phase est nouvelle. Elle résulte de l'ordonnance du 24 avril 1996 qui charge l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de donner un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures pris en charge ou remboursés. Cette procédure n'est pas encore juridiquement entrée en vigueur car elle est subordonnée à la réforme d'ensemble de la procédure de gestion des nomenclatures des actes des professionnels de santé (deuxième point évoqué

dans la COG), laquelle n'est pas encore intervenue. Toutefois, la CCAM reprenant des actes déjà inscrits à la NGAP et supposés validés, l'Etat et la CNAMTS ont saisi l'ANAES d'une liste de 300 actes – sur les 7000 de la CCAM – dont le caractère obsolète ou innovateur demande un avis autorisé de l'ANAES. Dans sa réponse, jointe à ce rapport, l'agence indique qu'elle a rendu fin mai 2000 son avis, relatif à 291 classes d'actes et 423 actes médico-chirurgicaux.

Troisième phase : hiérarchisation. La CNAMTS et le PERNSS ont élaboré une méthodologie de hiérarchisation des actes médicaux, dérivée des travaux du département de santé publique de l'université Harvard à Cambridge[11]. Cette méthodologie se fonde sur une analyse des actes en fonction des deux types de ressources mobilisées par le praticien : le travail médical d'une part, les charges professionnelles qui lui incombent en propre, appelées "coût de la pratique" d'autre part.

Le travail médical est évalué par des panels émanant des sociétés savantes en affectant à chaque acte une valeur relative (ou score) exprimée en "point travail" synthétisant des indicateurs de durée, de stress, de compétence technique et d'effort mental. Cette hiérarchisation se fait en deux temps : au sein de chaque discipline, puis entre disciplines de façon à rechercher des équivalences conduisant à une échelle unique du travail médical.

Le coût de la pratique est estimé directement en francs, à partir des diverses sources disponibles. Cette tâche a été confiée au centre de recherche, d'études et de documentation en économie de santé (CREDES) par la CNAMTS.

L'ensemble de la démarche nécessite de connaître la fréquence des actes techniques. Celle-ci est évaluée, pour les actes chirurgicaux, à partir des données du PMSI privé, pour les actes réalisés en ambulatoire, à partir d'une enquête spécifique auprès des praticiens, réalisée par l'échelon national du service médical de la CNAMTS. La hiérarchisation (attribution d'un score à chaque acte) et l'évaluation du coût de la pratique sont en voie d'achèvement et seraient terminées pour toutes les spécialités médicales, chirurgicales et odontologiques fin 2000.

Quatrième phase : valorisation. La hiérarchisation des actes et le calcul du coût de la pratique doivent déboucher sur des valeurs d'honoraires objectives mais néanmoins dépendantes de l'enveloppe financière totale, allouée à la rémunération des actes techniques, prise comme référence initiale de calcul. Il appartiendra aux caisses d'assurance maladie et aux syndicats médicaux de négocier un passage, étalé sur plusieurs années, des honoraires de l'actuelle NGAP aux honoraires cibles de la CCAM.

Cette phase doit débuter en principe début 2001. Compte tenu de sa complexité, elle devrait durer plusieurs mois. Ce n'est donc qu'au début de 2002 que peut être espérée une application de la nouvelle CCAM. Encore ne faut-il pas sous-estimer les difficultés : une incertitude subsiste sur le processus en cas d'absence d'accord entre caisses et syndicats médicaux sur la phase de valorisation.

<table>
<tr><th></th><th colspan="4">Phase</th></tr>
<tr><th></th><th>Description</th><th>Evaluation/ sécurité</th><th>Hiérarchisation</th><th>Valorisation</th></tr>
<tr><td>I - Médecins
1. Actes cliniques</td><td colspan="3">Maintien provisoire en l'état</td><td></td></tr>
<tr><td>2. Actes techniques</td><td>terminée</td><td>fin attendue pour juin 2000</td><td>terminée</td><td rowspan="2">Travaux techniques achevés fin 2000
Négociation prévue pour 2001</td></tr>
<tr><td>II - Chirurgiens dentistes</td><td>terminée</td><td>terminée</td><td>terminée</td></tr>
<tr><td>III - Professions prescrites</td><td colspan="3">Procédure qui devrait démarrer en 2001</td><td></td></tr>
</table>

En outre, des travaux importants demeurent à mener : la réforme la nomenclature des actes cliniques ; celle de la tarification des cliniques privées, une partie de leur rémunération étant calculée par rapport aux actes de la

nomenclature ; la refonte de la nomenclature des actes des professions prescrites (infirmiers, masseurs,…).

Devant l'étendue des difficultés prévisibles, les ministres ont confié, le 23 février 2000, au professeur Escat, président de la commission permanente de la nomenclature des actes professionnels, une mission d'expertise sur les différents scénarios possibles d'achèvement de la réforme, et de propositions sur la gestion de la CCAM, une fois la réforme appliquée, sujet qui avait fait l'objet du rapport Prieur/Portos en 1997. Le rapport était attendu pour fin juin 2000.

SYNTHESE

Un important travail technique a été entrepris pour établir la classification commune des actes médicaux mais, faute de moyens, il se sera étalé sur plus de quatre années au moins. La Cour souligne l'importance des travaux qui restent à mener tant pour faire déboucher effectivement le codage des actes médicaux que pour lancer et réaliser celui des actes des autres professions de santé. Au rythme actuel, il aura fallu au moins dix ans pour mettre, effectivement, en place une obligation résultant de la loi de 1993. En cas de blocage des négociations entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux, d'autres solutions devraient être recherchées pour que ne soit pas encore repoussée une réforme indispensable, en tout cas dans le cadre d'un remboursement à l'acte. Elle rappelle également qu'au codage des actes doit être associé un codage des pathologies, problème en partie plus simple puisqu'il existe une classification internationalement reconnue (la classification internationale des maladies).

Réponse

---

[8] Groupe d'experts rattaché à la direction des hôpitaux qui, depuis plusieurs années, a la charge de la maintenance des outils classificatoires du programme de médicalisation des systèmes d'information à l'hôpital (PMSI). Le gouvernement a introduit dans le projet de loi de "modernisation sociale" un article 4 créant une "agence technique de l'information sur l'hospitalisation", qui engloberait notamment le PERNNS.

[9] Actes portant sur la tête, le cou, le thorax, l'abdomen…

[10] Par exemple : appendicectomie par laparotomie ou sous cœlioscopie.

[11] Université qui pilote aux Etats-Unis la gestion des nomenclatures utilisées par Medicare et Medicaid.

Sommaire

Section IV :
Les "dispositifs médicaux"

La Cour, dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale paru en septembre 1998, avait analysé les conditions dans lesquelles s'effectue l'admission au remboursement des "dispositifs médicaux"[12] relevant de la procédure du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS)[13]. Elle proposait un ensemble d'améliorations qui avaient pour objectifs :

- de remédier aux insuffisances dans la connaissance et le suivi des dépenses et dans les procédures d'inscription des produits au TIPS ;

- de réduire la complexité des modalités de prise en charge par l'assurance maladie ;

- de se doter d'outils de maîtrise de la dépense.

La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000, principalement dans son article 32, mais également dans son article 33, a, dans le principe, sensiblement modifié le dispositif institutionnel. La réforme prévue adapte aux produits du TIPS le dispositif institutionnel du médicament. Les phases d'évaluation technique et d'évaluation économique, autrefois toutes deux sous la responsabilité de la commission consultative des prestations sanitaires (CCPS), seront, à compter de la mise en œuvre du nouveau dispositif, de la responsabilité de deux organismes distincts afin d'éviter que des considérations liées au coût du remboursement n'interfèrent avec l'évaluation technique. Les phases d'évaluation seront organisées autour de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) chargée du secrétariat d'une commission analogue à la commission de la transparence du médicament ; la phase économique sera confiée au comité économique du médicament, devenu le comité économique des produits de santé.

I - La connaissance et le suivi des dépenses du TIPS

Tous risques confondus, le TIPS a représenté une charge de remboursement de 15,7 MdF en 1999, en augmentation de 15 % par rapport à 1998. Les dépenses restent tirées à la hausse par un titre I (regroupant appareils et matériels de traitement et articles pour pansement) qui en représente près de 50 % et croît de plus de 25 % par an (contre 47 % entre 1996 et 1997).

Afin de mieux maîtriser cette augmentation, le législateur a chargé le comité économique des produits de santé d'un suivi périodique. L'application de cette réglementation suppose de disposer des informations nécessaires.

Or, d'une part les données que recueillent les caisses d'assurance maladie lors des opérations de liquidation restent sous-exploitées. D'ailleurs, le codage du TIPS, essentiel pour une meilleure connaissance de la dépense et un traitement rigoureux de l'information, ne paraît pouvoir aboutir durant l'année 2000 que pour le seul titre 3 -prothèses internes et implants d'origine humaine et animale- soit 27 % des dépenses.

D'autre part, la loi oblige désormais les entreprises réalisant en France un chiffre d'affaires hors taxe de plus de 5 MF à déclarer leurs volume et chiffre d'affaires pour les produit du TIPS. Mais elle ne précise pas si cette déclaration est globale ou par produit, et le traitement et la diffusion de l'information recueillie restent à organiser.

Dans ce contexte, et à défaut des informations précédentes, les études ponctuelles demeurent le moyen privilégié de connaissance du marché. La technicité des produits et leurs conditions économiques de production et de commercialisation ont amené la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) à monter un réseau de personnels spécialisés pour conduire des enquêtes.

II - Les procédures d'inscription des produits au TIPS

La loi du 1er juillet 1998 et son décret d'application du 9 mars 1999 avaient chargé l'AFSSAPS de veiller à la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux. La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 lui confie en outre, comme on l'a dit, le secrétariat d'une commission transposant aux dispositifs médicaux la commission de transparence du médicament.

Une amélioration notable en matière d'expertise se dessine. Le souci de la transparence dans l'examen des dossiers a guidé les choix retenus, ce qui correspond aux souhaits de la Cour. Membres de la commission et rapporteurs seront tenus de déclarer leurs liens avec les entreprises susceptibles de présenter un produit à l'admission. Le service rendu sera apprécié sur la base de quatre critères[14]. La charge de la démonstration des qualités d'un nouveau produit, ou d'une amélioration justifiant une inscription spécifique, reposant sur l'entreprise qui le présente, des dossiers-types de candidature vont être élaborés. L'ensemble de la procédure devrait se dérouler dans la limite de délais fixés par décret.

La prise en compte de matériels innovants devrait être facilitée par la possibilité d'inscrire, à côté des produits génériques, des produits de marque pour une durée limitée afin d'en faciliter l'évaluation.

III - Les modalités de prise en charge par l'assurance maladie

La quasi totalité des articles sont désormais remboursés en fonction d'un tarif réglementé.

A - La part laissée à la charge de l’assuré

Il est regrettable que les informations saisies lors de la liquidation des dossiers par l’assurance maladie ne permettent pas de connaître les coûts réellement supportés par les assurés alors même que les factures sont une des pièces justificatives de la liquidation.

Deux catégories de dispositions nouvelles visent à maîtriser la part laissée à la charge de l’assuré.

Pour les bénéficiaires de la CMU, la couverture complémentaire couvre les frais non pris en charge par la couverture de base dans des limites fixées par arrêté ministériel.

En se réservant la possibilité de fixer également les prix, les pouvoirs publics se donnent les moyens de maîtriser la part restant à la charge de l'assuré au-delà du ticket modérateur (la base juridique prévue par le législateur pour la fixation des prix est l’article L 162-38 du code de la sécurité sociale).

B - Le champ des produits remboursés

La loi de financement pour 2000 ne modifie pas le champ des produits remboursés. La question de la prise en charge des aides techniques[15] a progressé en dehors du strict champ du TIPSe. Des expériences de prise en charge globale du handicap sont en cours dans le cadre de la mission confiée par la ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale le 22 décembre 1999 à Madame Lyazid.

IV - les outils de maîtrise de la dépense

La maîtrise de la dépense est un objectif essentiel de la réforme. Selon l’exposé des motifs : "Le comité économique des produits de santé sera chargé de proposer des tarifs de remboursement et, le cas échéant, les prix des produits inscrits sur la liste de remboursement. Il organisera un suivi économique de ce secteur et des dépenses afférentes et pourra conclure des conventions, en lien avec les industriels concernés, afin de parvenir à une meilleure régulation des dépenses"[16].

Faute de publication des textes d’application, le comité n’a pas encore commencé à fonctionner.

S’agissant de la prise en charge des dispositifs médicaux implantables, il convient de souligner l’effort méthodologique de la CNAMTS qui, à la suite des observations de la Cour dans son rapport de 1997, a élaboré et diffusé en septembre 1999 un guide de contrôle.

Pour mieux connaître les prix pratiqués sur le marché afin d’évaluer ceux à retenir dans le TIPS et dans les arrêtés interministériels prévus par la loi CMU, la DGCCRF a effectué des enquêtes. Elles ont porté notamment sur les attelles et prothèses du genou et de la cheville.

Pour le calcul des tarifs et des prix, deux séries d’indicateurs semblent devoir être plus particulièrement utilisées, les prix d’achat des hôpitaux et les comparaisons internationales. Mais la connaissance des premiers supposera des efforts importants et les secondes, même limitées à l’espace économique européen, se sont heurtées au caractère très technique des produits.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 donne la compétence au comité économique des produits de santé pour conclure avec les fabricants et distributeurs des conventions portant sur les volumes de vente ; la sanction en cas de dépassement consiste en un versement de remises aux régimes d’assurance maladie.

SYNTHESE

La loi de financement de la sécurité sociale pour l’année 2000 a posé les fondements d’une plus grande

rigueur de l'organisation de l'admission au remboursement des dispositifs médicaux. Les outils d'une meilleure maîtrise de la dépense existent dans leur principe. Mais l'élaboration et la publication des textes d'application restent à faire, et un suivi économique et statistique précis reste à bâtir.

Réponse

---

[12] Sont considérés comme des "dispositifs médicaux" les appareils, matières, produits ou systèmes utilisés dans un but de diagnostic, de traitement ou d'atténuation d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, ou encore d'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique voire de contrôle de la conception dont l'action dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme.

[13] Le sigle TIPS -tarif interministériel des prestations sanitaires- recouvre le tarif de remboursement de 7000 lignes de produits médicaux très divers (produits d'optique, stérilets, prothèses orthopédiques….).

[14] - le caractère habituel de gravité de la pathologie, du handicap ou de la dégradation de la qualité de vie ;

- l'effet thérapeutique ou l'efficacité technique ainsi que les effets indésirables ou les risques liés à leur utilisation ;

- la place dans la stratégie thérapeutique, l'apport dans la qualité des soins, dans le suivi des patients ou dans la compensation du handicap, au regard des thérapies ou moyens disponibles ;

- l'intérêt pour la santé publique.

[15] Les aides techniques se différencient des dispositifs médicaux par l'absence de finalité thérapeutique. Ce sont des dispositifs qui améliorent les conditions matérielles d'existence des malades et personnes handicapées en apportant une aide aux gestes essentiels de la vie et assurent leur adaptation à leur environnement social (véhicule pour handicapé, soulève malade…).

[16] En matière de médicament, le comité fixe les prix, en matière de dispositifs médicaux il propose seulement les tarifs.

Sommaire

Section V :
La transmission électronique des feuilles de soins

Le rapport de la Cour de septembre 1998 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale a présenté les résultats d'une enquête sur le système SESAM Vitale. Au moment où la généralisation de la première carte Vitale venait d'être décidée, il présentait une analyse globale du système, de son développement, de ses composantes, des structures chargées de le mettre en œuvre, ainsi que de son impact sur les procédures de liquidation de l'assurance maladie. Il concluait, après avoir insisté sur la nécessaire affirmation de l'engagement de l'Etat dans ce chantier, par six recommandations :

- clarifier et définir des objectifs communs à l'ensemble des partenaires ;

- mettre en place à la CNAMTS une organisation interne plus favorable à la réalisation opérationnelle du projet ;

- rendre plus cohérente la communication de l'Etat, de la CNAMTS, du GIP CPS et du GIE SESAM

Vitale[17] à l'égard des professionnels de santé, mais aussi des assurés ;

- associer les professionnels de santé à tous les stades du projet et donner une priorité forte au retour d'information vers eux ;

- évaluer de manière plus globale les problèmes de sécurité du projet, afin de ne pas reproduire les inconvénients de la situation actuelle caractérisée par des innovations technologiques majeures et risquées pour un projet de cette taille ;

- mettre en place des expérimentations plus complètes, mieux préparées, avec des objectifs précis, associant les différents partenaires et précisant les moyens à mettre en oeuvre et les conditions de leur exploitation.

L'importance du projet SESAM Vitale pour l'évolution du système de santé et pour l'assurance maladie a conduit la Cour à faire cette année le point sur l'application de ses recommandations et sur le déploiement du système.

I - Les suites données aux recommandations de la cour

Les quatre premières recommandations du rapport de 1998 ont été suivies d'effet. Le pôle SESAM Vitale de la CNAMTS a été réorganisé et son action orientée vers les missions de maîtrise d'ouvrage qui doivent être les siennes. Les instances de pilotage du projet associant l'ensemble des partenaires ont été réactivées, complétées et élargies aux organismes d'assurance maladie complémentaire qui sont désormais partie prenante au projet. Les organisations représentatives des professions de santé y sont associées, avec voix consultative, comme elles sont désormais largement présentes dans les instances techniques et décisionnelles du GIE. Cet ensemble de mesures crée les conditions nécessaires à la définition d'objectifs communs et à une information précoce des professionnels de santé sur le devenir du système. Par ailleurs, les sites Internet de la CNAMTS, du GIE et du GIP leur apportent une information pratique abondante sur le fonctionnement du système.

Les cinquième et sixième recommandations, relatives à la politique de sécurité et aux procédures d'expérimentation, conservent leur actualité au moment où trois évolutions majeures se préparent : le passage à terme de la carte Vitale 1 d'assuré social à la carte Vitale 2 de bénéficiaire ; l'association des organismes d'assurance maladie complémentaire au projet SESAM Vitale ; et la préparation de nouvelles générations des cartes de professionnels de santé.

Il conviendrait notamment, en ce qui concerne la sécurité, de tenir compte du fait que la fiabilité globale du système dépend de la fiabilité et de la cohérence de ses sources d'alimentation, ainsi que de sa capacité à répercuter rapidement les modifications dont ces dernières sont l'objet vers les bases de données de SESAM Vitale et du système CPS, tout autant que de la qualité des systèmes informatiques et des procédures mis en oeuvre par le GIE et le GIP. Cette fiabilité des sources est imparfaitement assurée en ce qui concerne le système CPS : leur multiplicité (cf. encadré ci-après) et leur manque de cohérence et d'interopérabilité[18] compliquent à l'excès et allongent anormalement la procédure de collecte et de contrôle des données. Cette situation est supportable dans l'actuelle phase de montée en charge de la diffusion des cartes. Elle risque de l'être moins en phase de gestion courante, lorsque les mises à jour à apporter aux cartes devront être prises en compte très rapidement, sauf à provoquer des ruptures d'utilisation dommageables pour les professionnels de santé. Pour la carte Vitale, le circuit de collecte, plus simple, est aujourd'hui mieux maîtrisé. Une difficulté reste cependant à régler : la prise en compte des contrats d'assurance maladie complémentaire qui vont multiplier les sources d'alimentation et augmenter la fréquence des mises à jour. A cette difficulté, l'individualisation de la carte peut être une réponse partielle, sans attendre Vitale 2.

Les cartes de la famille CPS

Les cartes de la famille CPS comprennent les cartes de professionnels de santé, CPS proprement dites, et des cartes destinées à des non professionnels, salariés des précédents, des établissements de soins et d'entreprises, d'administrations et d'organismes intervenant à divers titres dans la gestion des systèmes informatisés de santé (cartes CPE, CDE, CPA, …). Les cartes CPS recueillent des informations nombreuses et variées relatives à l'identification des professionnels de santé, à leurs qualifications professionnelles, leurs relations avec l'assurance maladie... Ces

informations émanent d'un grand nombre d'organismes : plusieurs directions ou services du ministère de l'emploi et de la solidarité, CNAMTS, CPAM, DDASS, DRASS, échelons départementaux des différents ordres, ... Le recueil et la mise en cohérence de ces informations est un problème majeur pour le GIP CPS.

II - La Diffusion des cartes Vitale et CPS

La diffusion des cartes Vitale de première génération (carte Vitale 1 d'assuré social) est aujourd'hui achevée avec plus de 41 millions de cartes distribuées. Le calendrier prévu a été à peu près respecté.

En ce qui concerne les cartes CPS, la procédure adoptée consiste à provoquer la demande en envoyant systématiquement un formulaire de demande pré-renseigné aux professionnels de santé exerçant à titre libéral, ceux-ci ayant la faculté de ne pas donner suite. Ils ont également la possibilité de demander des cartes d'employés (CPE) pour leurs salariés n'appartenant pas aux professions de santé. La procédure est appliquée progressivement aux différentes professions. Pour les professionnels de santé salariés qui, majoritairement, exercent leur activité dans les établissements de soins (hôpitaux, cliniques), les cartes sont délivrés à la demande des établissements.

Il apparaît, à la mi-juillet 2000, que 47 % seulement des professionnels libéraux ont demandé une carte CPS, alors que la grande majorité d'entre eux ont été sollicités au moins une fois. On note également un écart d'environ 4 % entre les demandes reçues et les cartes émises, qui s'explique par la durée d'instruction des dossiers, de l'ordre de deux à trois mois. Le pourcentage de demandeurs varie selon les professions, de 43 % pour les chirurgiens-dentistes (qui ont été très peu sollicités) à 93 % pour les pharmaciens. Parmi les médecins libéraux, chez lesquels la prospection a été quasi exhaustive et la plus anciennement engagée, le nombre de médecins équipés est à la mi-juillet 2000 de 73 000 , ce qui correspond à une proportion de 63 %, proportion à rapprocher de celle des médecins informatisés, estimée à 67 % fin 1999[19].

La prolongation de la tendance (graphique ci-après) et la disparition du décalage entre cartes demandées et cartes émises porteraient la proportion de médecins libéraux équipés à un niveau qui se situerait entre 80 et 90 % à échéance de 2002. Au-delà, sans modification des comportements, la progression devrait être faible.

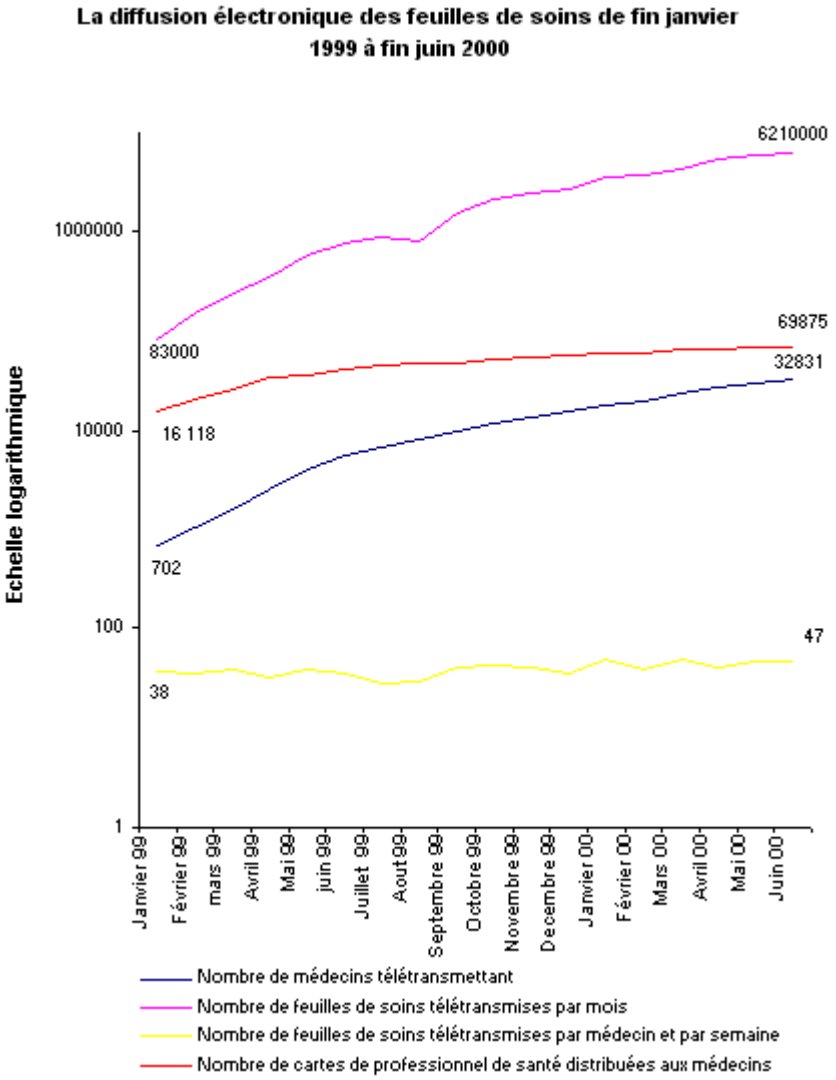
Diffusion des cartes CPS[20]

	Population de référence	Formulaires envoyés	Demandes de carte reçues	Cartes émises
1. Professionnels de santé exerçant à titre libéral (situation à la mi-juillet 2000)				
Médecins	115 479	113 141	74 958	73 050
Pharmaciens	22 731	28 218	21 067	20 218
Chirurgiens-dentistes	37 380	2 660	1 173	1 106
Sages-femmes	1 499	0	0	0
Infirmiers	43 747	46 859	9 112	8 422
Masseurs-kinésithérapeutes>/span>	35 823	37 786	18 643	17 860
Autres	18 306	9 667	4 906	4 530

Total PS libéraux	274 965	238 331	129 859	125 186
Salariés des PS libéraux (cartes CPE)	129 000 *(estimation)*		100 048	96 676
2. Cartes délivrées à la demande des établissements (situation au 1er janvier 2000)				
Prof. de santé salariés	436 961(*)		n.c.	2 305
Autres (cartes CPE, CDE, CPA)	indéterminé		n.c.	8 209

(*) ce total intègre une partie non quantifiée des professionnels libéraux, surtout des médecins, qui exercent à la fois à titre libéral et à titre salarié.

En ce qui concerne les pharmaciens, dont le taux d'informatisation dépasse 95 %, le taux déjà élevé de la demande, alors que la procédure de distribution en masse est engagée seulement depuis le dernier trimestre 1999, donne à penser que le taux d'intégration au dispositif sera rapidement assez grand. La même remarque s'applique, à un moindre degré, aux masseurs-kinésithérapeutes dont le taux d'informatisation est moins élevé. Pour les autres professions le mouvement de diffusion des cartes est engagé depuis trop peu de temps et à un niveau trop faible pour qu'une conclusion puisse en être tirée. On peut seulement noter que sur 136 755 professionnels



de santé libéraux autres que les médecins et pharmaciens, des cartes CPS n'avaient été émises, à la mi-juillet 2000, que pour 31 918 d'entre eux, soit
23 %.

Pour les professionnels de santé salariés, qui constituent une population sans doute de l'ordre de 400 000 personnes si l'on excluent ceux qui sont par ailleurs recensés comme libéraux, la diffusion des cartes est à peine amorcée : 2300 cartes étaient émises au 1er janvier 2000 au bénéfice de quelques établissements demandeurs.

Une partie importante de la diffusion des cartes reste donc à réaliser.

III – La progression de la télétransmission des feuilles de soins

L'adhésion à SESAM Vitale est influencée, à la fois, par la conclusion des conventions que l'assurance maladie passe avec les organisations représentatives des différentes professions et par le développement des logiciels de télétransmission que le marché offre à ces mêmes professions.

Au 30 juin 2000 le nombre de professionnels de santé libéraux télé transmettant des feuilles de soins dépassait 40 000, soit pratiquement
15 % d’entre eux. Ce total comprenait 32 800 médecins, soit près du tiers , et 6 200 masseurs-

kinésithérapeutes, soit 17 %. Pour les autres professionnels de santé libéraux, le taux moyen n'était que de 1,5 %. Ces données nationales recouvrent des disparités régionales significatives. Ainsi, la proportion de médecins réalisant des télé transmissions varie de plus de 50 % en Champagne-Ardenne et Lorraine à 20 % en Ile-de-France où l'on constate également une disparité importante entre Paris, environ 10 %, et les autres départements de la région dont les taux s'échelonnent entre 20 % et 35 %.

Pour les médecins libéraux, le processus est engagé depuis le dernier trimestre 1998. On dispose donc en ce qui les concerne d'une série longue qui peut être interprétée. Il n'en va pas de même des autres professions dont l'adhésion à SESAM Vitale s'est amorcée en février 2000 seulement. On notera l'adhésion rapide des masseurs-kinésithérapeutes qui concorde avec leur demande significative de cartes CPS. Cette remarque ne s'applique pas aux pharmaciens dont la demande de cartes CPS a pourtant été massive. Il faut en chercher l'explication dans le fait que les pharmaciens, dans leur majorité, télé transmettent par le réseau IRIS d'où une moindre urgence à adhérer à SESAM Vitale.

Les médecins libéraux adhérent à SESAM Vitale à un rythme soutenu, qui semble se stabiliser depuis le mois de novembre 1999, à une croissance mensuelle de l'effectif de l'ordre de 12 à 15 % (graphique). Ce rythme, s'il se poursuit, devrait conduire à ce que l'essentiel de l'écart encore important qui subsiste entre le nombre de détenteurs de cartes CPS (près de 73 000 à la mi-juillet) et le nombre de ceux qui télé transmettent (environ 33 000 à la même date) soit résorbé pour l'essentiel au cours du premier semestre 2001. La prolongation mécanique de la tendance conduirait en effet à près de 80 000 médecins télé transmettant, soit un résultat très proche du nombre de ceux qui devraient alors être dotés d'une carte CPS d'après la prolongation de la tendance en dotation de cartes présentée au paragraphe précédent.

Le nombre de feuilles de soins télé transmises croît à un rythme un peu plus rapide, quoique de façon moins régulière, de l'ordre de 14 % par mois depuis le début de l'année 2000, ce qui s'explique essentiellement par le fait que le nombre moyen de feuilles télé transmises par professionnel de santé tend à augmenter très légèrement ; les médecins qui télé transmettent ne le font pas pour toutes les feuilles de soins car cela dépend également du patient (il faut qu'il ait sa carte)[21]. S'établissant à 6,2 millions en juin 2000, il devrait, si la tendance se maintient, dépasser les 18 millions par mois à la fin de l'année, soit une tendance de près de 220 millions par an sur un total qui est de l'ordre du milliard. Cette projection rend compte, pour l'essentiel, du comportement prévisible des seuls médecins. Si les pharmaciens qui, actuellement, télé transmettent plusieurs centaines de millions de feuilles de soins par an par le réseau IRIS, basculent massivement sur SESAM vitale, le volume de feuilles de soins électroniques en fin d'année pourrait plus que doubler.

Lors du lancement de la procédure, la CNAMTS avait retenu un objectif de 40 % de médecins télé transmettant à la fin de l'année 1999. Ce niveau ne serait pas atteint avant la fin 2000. A moyen terme, en 2002, 80 % à 90 % des médecins libéraux devraient être dotés d'une carte CPS, dont la très grande majorité pratiquera la télé transmission d'une partie de leurs feuilles de soins. Au-delà, la croissance devrait être très ralentie compte tenu de la fraction des médecins qui ne souhaitent pas s'informatiser. On peut espérer que pour les autres professions la montée en charge sera plus rapide. Reste le problème, aujourd'hui non résolu, des établissements de soins privés qui produisent des factures auxquelles ont contribué plusieurs professionnels et qui devraient par conséquent être signées électroniquement par chacun d'entre eux.

Réponse

---

[17] Le GIP CPS a pour mission de produire, distribuer et gérer les cartes à microprocesseur des professionnels de santé ; le GIE SESAM Vitale est chargé de produire, distribuer et gérer les cartes Vitale d'assurés sociaux, ainsi que de gérer le système SESAM de recueil et de diffusion aux organismes d'assurance maladie des feuilles de soins électroniques.

[18] Les référentiels des différents organismes sont inégalement informatisés et communiquent peu ou mal entre eux, il n'existe pas de système d'identification commun des porteurs de cartes et des établissements dans lesquels ils exercent leurs activités, les codes et nomenclatures utilisés sont souvent différents.

[19] Il n'existe pas de données nationales fiables sur le taux d'informatisation des professionnels de santé.

[20] Les données de ce tableau, comme celles des deux graphiques, ne doivent pas être considérées comme parfaitement exactes. Les estimations varient en effet selon les sources, mais les ordres de grandeur sont

partout les mêmes.

[21] Les médecins télétransmetteurs continuent de produire une proportion significative, de l'ordre de 40 %, de feuilles de soins papier. Les causes de cette situation sont connues (entrée progressive dans le dispositif, visites, consultations hors du cadre habituel, patients ayant oublié ou perdu leur carte Vitale, ...) mais leurs parts respectives ne sont pas quantifiées.

CONCLUSION

Sommaire

Plusieurs conclusions peuvent être tirées au terme de ce rapport. Certaines rejoignent, en les renforçant ou les complétant, les observations que la Cour a formulées les années précédentes.

La première conclusion a encore trait aux **comptes**. La réforme visant à obtenir, plus rapidement, des comptes plus fiables et en droits constatés, est bien engagée mais doit être achevée dans les plus brefs délais. C'est la première priorité, sur laquelle la Cour attire à nouveau l'attention avec la plus grande vigueur. Dans la situation actuelle, il n'est pas possible d'asseoir un diagnostic certain sur l'état des comptes. Les récentes améliorations ont créé, comme toujours, une hétérogénéité par rapport au passé, rendant la lecture des phénomènes paradoxalement plus difficile. Il importe de dépasser cette situation en achevant la réforme en cours. Cela suppose qu'elle soit considérée par les différentes parties prenantes, les organismes de base, les caisses nationales, les pouvoirs publics, comme une priorité de très haut rang, à laquelle il faut, durant deux ou trois ans, consacrer les moyens suffisants, donc nettement accrus. Il importe enfin que les propositions formulées par la MIRCOSS soient effectivement mises en œuvre. En aval des comptes, les conditions de préparation de la loi de financement et d'information du Parlement sur l'ONDAM doivent encore s'améliorer.

L'imprécision des comptes n'empêche pas de constater qu'ils ont évolué positivement en 1999. C'est la première fois depuis dix ans que le régime général est équilibré. L'amélioration tient à la conjoncture et à des réformes engagées dans la famille, la vieillesse, la maladie. Il faut profiter de cette situation pour prolonger les réformes engagées et en engager d'autres. Des différents thèmes étudiés dans ce rapport émergent quelques priorités :

Le **nécessaire développement**, à côté de la politique d'assurance maladie et articulée avec elle, d'une politique de la santé, où la prévention et le dépistage aient toute leur place. L'expression des besoins, la veille et la sécurité sanitaires ont désormais leurs canaux, leurs instruments. Il faut mieux les organiser, les articuler entre eux pour qu'à la période de foisonnement et de création d'organismes des dernières années succède une période de plus grande structuration.

Le **nécessaire aménagement de notre système de retraites**, non seulement pour en garantir le financement à long terme, mais aussi pour en accroître l'équité. L'exemple des avantages familiaux et conjugaux de retraite, très inégaux car très divers selon les régimes, est ici frappant.

La **nécessaire et urgente rénovation du dispositif de régulation** dans le domaine de l'assurance maladie : cela recouvre des thèmes aussi divers mais aussi fondamentaux que la nomenclature et le codage des actes, le renforcement et la clarification de la coordination des politiques au niveau régional, la maîtrise des dépenses de médicaments, enfin la refonte du dispositif conventionnel entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

La **nécessaire amélioration de la qualité du service rendu aux usagers** de la sécurité sociale. Les prestations sont versées en temps et conformément aux règles – par exemple les prestations familiales et les retraites – et c'est un excellent point, mais l'accueil de l'usager, en particulier l'accueil téléphonique, doit progresser, compte tenu notamment de la profonde modification des profils des usagers. Comme toutes les personnes, toutes les familles ne bénéficient pas des prestations auxquelles elles ont droit, il conviendrait de développer, au moins dans le cas des prestations familiales et de logement, une politique active d'accès aux droits.

Ces différentes réformes ou améliorations renvoient naturellement à des préoccupations de **gestion**. La formalisation de liens entre l'Etat et les branches, et au sein des branches entre les caisses nationales et les organismes locaux, a été profondément modifiée par l'établissement de conventions d'objectifs et de gestion et de contrats pluriannuels de gestion. Cette évolution est positive. Ces instruments doivent cependant, après une première "campagne", être mieux utilisés au service d'une évolution des organisations visant à la fois à réduire les coûts et à améliorer la qualité du service.

La Cour réitère à ce propos ses conclusions de l'an dernier sur l'organisation du régime général et de chacune de ses branches. La situation actuelle, héritée de l'histoire, ne paraît pas optimale, dès lors que la recherche de la qualité des prestations et des services et la maîtrise des dépenses deviennent des priorités. En particulier, le

rôle des caisses nationales comme "têtes de réseau" doit s’accroître, chaque branche doit pouvoir se différencier des autres, y compris en matière de gestion du personnel. Enfin, au sein de chaque branche, la répartition territoriale des organismes locaux et des fonctions doit évoluer.